

PORÓD DOMOWY W POLSCE
NA PODSTAWIE DANYCH STOWARZYSZENIA
NIEZALEŻNA INICJATYWA RODZICÓW I POŁOŻNYCH
„DOBRCZE URODZENI”



KAROLINA LISOWSKA
BOŻENA DOBRZYCKA

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**Poród domowy w Polsce na podstawie danych
Stowarzyszenia Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych
„Dobrze Urodzeni”**

**dr n. o zdr. Karolina Lisowska
prof. dr hab. n. med. Bożena Dobrzycka**

Białystok 2025

Recenzenci monografii

prof. dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Zakład Podstaw Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr hab. n. o zdr. Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISBN 978-83-68268-50-8

Wydanie I
Białystok 2025

Opracowanie graficzne: wykorzystano zdjęcie z
https://www.canva.com/pl_pl/funkcje/generator-obrazow-ai

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej
mgr Karoliny Lisowskiej.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do
celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub
odsprzedaż.

Monografia wydana wyłącznie w formie online
https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz

AUTORZY

[dr n. o zdr. Karolina Lisowska](#)

Zakład Ginekologii i Położnictwa Praktycznego, Wydział Nauk
o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

[prof. dr hab. n. med. Bożena Dobrzycka](#)

Zakład Ginekologii i Położnictwa Praktycznego, Wydział Nauk
o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

SPIS TREŚCI

I. WSTĘP	6
1. Rys historyczny położnictwa na świecie	6
1.1. Położnictwo w epoce kamienia	6
1.2. Starożytność	7
1.2.1. Starożytny Egipt	7
1.2.2. Epoka biblijna	8
1.2.3. Starożytna Grecja i Rzym	8
1.3. Epoka bizantyjska (400-600 n.e.)	9
1.4. Średniowiecze (V-XV wiek n.e.)	9
1.5. Epoka wczesnonowoczesna (XVII-XVIII wiek n.e.)	10
1.6. Epoka nowożytna (do chwili obecnej)	10
1.6.1. Wielka Brytania i Europa	10
1.6.2. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i Kanada	11
2. Poród domowy w świetle prawa europejskiego	12
2.1. Sprawa Ternovszky v. Węgry	12
2.2. Wpływ wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka na sytuację dotyczącą porodów domowych	14
3. Poród domowy w Polsce	14
3.1. Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni”	19
3.2. Dokumentacja Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni”	21
II. CEL PRACY	24
III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ	25
1. Materiał	25
2. Metodyka	25
IV. WYNIKI	26
1. Dane ogólnopolskie	26
1.1. Dane socjodemograficzne	26
1.2. Analiza porodów domowych	44
1.2.1. Czas trwania poszczególnych okresów porodu	44
1.2.2. Obrażenia krocza	50
1.2.3. Utrata krwi podczas porodu	55
1.2.4. Transfery rodzących	58
1.2.5. Metryka noworodków	64
2. Porównanie województwa Podlaskiego z pozostałymi województwami	65
V. DYSKUSJA	89
VI. WNIOSKI	99
VII. PIŚMIENNICTWO	100

I. WSTĘP

Nowoczesny model opieki położniczej podtrzymuje naturalne podejście do porodu domowego, zwraca uwagę na społeczny aspekt porodu oraz koncepcję opieki holistycznej nad kobietą i jej dzieckiem [1, 2]. Założenia te realizowane są poprzez zapewnienie odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej w czasie ciąży, promowanie bezpiecznego porodu naturalnego, wczesne wykrywanie powikłań u matki i dziecka oraz stosowanie środków nadzwyczajnych w szczególnych przypadkach [3, 4].

1. Rys historyczny

Położnictwo jest to społecznie ukształtowaną praktyką, która na przestrzeni wieków przeszła wiele przemian. Jest skoncentrowane na holistycznej opiece nad ciężarnymi kobietami. Jego początki sięgają ery paleolitycznej.

1.1. Położnictwo w epoce kamienia

Ciąża i przyjście dziecka na świat w erze paleolitycznej były procesami wymagającymi od kobiety przeżycia porodu w ciężkich warunkach środowiskowych. Kobiety wspierały się wzajemnie podczas porodu posilając się wiedzą i umiejętnościami zaczerpniętymi z obserwacji. Przygotowania do porodu obejmowały przyjmowanie pozycji kucznej, przecięcie pępowiny, inicjowanie karmienia piersią i tworzenie ciepłego i bezpiecznego środowiska dla noworodka. Te podstawowe techniki, oparte na wiedzy obserwacyjnej, współbrzmiały z współczesną koncepcją położnictwa, która obejmuje wspieranie naturalnego i bezpiecznego porodu. W erze paleolitycznej, męskie zadania skupiały się wokół utrzymania bezpieczeństwa rodziny, podczas gdy kobieta wydawała na świat dziecko i kierowała swoim porodem. W erze mezolitycznej mężczyźni mogli pomagać partnerkom w czasie porodu, co zwalniało ich z wypraw po żywność. W późnej epoce kamienia (neolit) ten przywilej został im odebrany, a cała ich energia skierowała się na rozwój rolnictwa. Trend ten utrzymywał się przez kolejnych 10 000 lat. Efektem tych zmian w organizacji społeczeństwa było wzmocnienie roli starszych kobiet, które stały się głównymi asystentkami przy porodzie

i stopniowo zaczęły wypełniać rolę współczesnych położnych. Ich własne doświadczenia porodowe przyczyniały się do ukształtowania umiejętności praktycznych, które skupione były głównie na utrzymaniu czystości otoczenia, prowadzeniu słownego wsparcia, obserwacji postępu porodu, przyjmowaniu noworodka i przecinaniu pępowiny. Zebrane dowody wskazują również na fundamentalną rolę ziołolecznictwa w prowadzeniu opieki prenatalnej w tym okresie. Opisane transformacje społeczne i trudności środowiskowe ówczesnych czasów wpłynęły na ukształtowanie pierwotnej wiedzy położniczej [5-8].

1.2. Starożytność

1.2.1. Starożytny Egipt

Cywilizacja egipska i jej struktura społeczna były głównymi czynnikami, które uczyniły położnictwo unikatowym, kobiecym powołaniem. Egipskie położne były bardziej zorientowane klinicznie w porównaniu do swoich poprzedniczek. Potrafiły określić przybliżony termin porodu, przyspieszyć jego przebieg oraz znały i stosowały różne rodzaje krzeseł porodowych. Posiadały również rozeznanie w interakcjach ziół i leków. Jedynie porody wysokiego ryzyka były w obszarze zainteresowania lekarzy. Głównymi czynnikami kształtującymi zawód położnej w Egipcie były religia i klasy społeczne. Egipska społeczna struktura płci dobrze obrazuje profesjonalizm płci w dziedzinie medycyny oraz sprawnie realizuje opiekę holistyczną. Następstwem takiej organizacji lecznictwa było wytworzenie innego, nowego znaczenia opieki podczas ciąży i porodu, opartej na kompetencjach obu płci. Dzielenie z pacjentkami tej samej przynależności płciowej pozwalało zapewnić opiekę pełną empatii i gwarantowało zgodne z potrzebami kobiet, delikatne podejście do problemu. Lekarze mężczyźni zajmowali się wyłącznie ciążami ze złożonymi problemami oraz przypadkami wymagającymi interwencji chirurgicznej. Płeć męska umożliwiała prowadzenie opieki z mniejszą dawką empatii, za to z większym skupieniem i inwazyjnym podejściem głównie w celu utrzymania przy życiu matki i dziecka. Zielarki, głównie kobiety, prowadziły kliniczne wsparcie potrzebne zarówno położnym jak i lekarzom. Oznacza to, że opieka podczas ciąży i porodu w Egipcie była wielopłaszczyznowa [5, 9-12].

1.2.2. Epoka biblijna

W latach 2200-1700 p.n.e. położnictwo było szanowaną społecznie praktyką wykonywaną przez kobiety. Ich rola skupiała się na opiece nad prawidłowo przebiegającą ciążą i porodem. Położne miały kwalifikacje do badania *per vaginam* oraz umiejętność określania płci dziecka na podstawie jego ułożenia w macicy. Zapoczątkowały one również stosowanie stołków porodowych, co było kontynuowane przez kolejne 3300 lat. Porodami powikłanymi zajmowali się Rabini. Wierzano bowiem, że wszelkie powikłania spowodowane są stosowaniem czarów i magii, które w owym czasie były szeroko rozpowszechnione i jedynie kapłani mieli moc odwracania zaklęć. Czasy biblijne nosiły miano „złotego okresu” w historii położnictwa. Równouprawnienie kobiet odegrało aktywną rolę w formowaniu się jego koncepcji. Istnienie nierówności klas społecznych również przyczyniło się do zaakcentowania roli położnej. Dodatkowy wpływ na prestiż zawodu położnej miała sama religia. Monoteizm pozwolił położnym przewyciężyć i zmienić polityczne okoliczności, które im zagrażały [5, 13-16].

1.2.3. Starożytna Grecja i Rzym

Grecka cywilizacja kontynuowała egipską definicję położnictwa przez pryzmat sztuki i profesji naukowej. Nadal było ono wyłącznie kobiecym powołaniem, od tej pory jednak cieszącym się nie tylko szacunkiem, ale również wynagrodzeniem. Położne podlegały gradacji społecznej. W pierwszej kolejności wyłoniły się położne-konsultantki, których zadaniem była pomoc w przypadku porodów patologicznych. Charakteryzowały się one dużą religijnością i silną wiarą, miały większy udział w środkach finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz silne zaplecze kliniczne. Istotnym też było doświadczenie i szczegółowa wiedza dotycząca ziół, na podstawie których wyodrębniła się kolejna grupa specjalistek zajmujących się głównie fizjologicznymi ciążami i porodami. Ta społeczna gradacja wskazuje na to, że religijność i istnienie klas społecznych były głównymi czynnikami kształtującymi rolę i wiedzę kliniczną położnych w tym okresie. Położne-zielarki stały się subprofesją. Lekarze interweniowali jedynie w przypadku położenia pośladkowego płodu oraz w sytuacjach wymagających operacji wewnętrznych.

Rzym miał natomiast istotny udział w rozwoju ziołarstwa, które w tamtych czasach przybrało miano naukowej profesji. Stało się praktyką zdominowaną przez mężczyzn, którzy jako jedyni mieli dostęp do formalnej edukacji. Kobiety-ziołarki i położne zostały pozbawione możliwości profesjonalnego zdobywania wiedzy i stąd przestały być społecznie akceptowane. Taki stan utrzymywał się przez dwa kolejne wieki. Dopiero na początku III wieku p.n.e. postawa społeczeństwa w stosunku do położnych i ziołarek uległa zmianie. Powstało wówczas wiele ruchów feministycznych, których działania umocniły rolę kobiet i promowały ich kompetencje medyczne i naukowe. Niezależnie od licznych trudności, na jakie napotykały kobiety tamtych czasów, położnictwo stało się dziedziną medycyny [4, 5, 17-19].

1.3. Epoka bizantyjska (400-600 n.e.)

Bizancjum było wysoce zorganizowanym społeczeństwem. Dynamiczny rozwój rządowych organizacji społecznych oraz usług publicznej opieki zdrowotnej wpłynęły znacząco na formalne ustanowienie zawodu położnej. Powstanie szpitalnych hoteli, definiowanych jako ośrodki opieki medycznej podnosiło autorytet i wartość pracujących tam położnych. Były to pierwsze szpitale położnicze na świecie. Cywilizacyjne zaawansowanie społeczeństwa bizantyjskiego miało pozytywny wpływ na włączenie położnictwa w ramy systemu opieki zdrowotnej, chociaż doświadczenie i wiedza naukowa nie uległy znacznej poprawie. Położne czerpały bowiem wiadomości od swoich rzymskich koleżanek, co sugeruje, że ich praktyka nie opierała się na podejściu empirycznym [5, 19, 20].

1.4. Średniowiecze (V-XV wiek n.e.)

Zmiany zachodzące w położnictwie, w okresie średniowiecza możemy podzielić na dwie części: wczesne-obejmujące okres od V do XI wieku n.e. oraz późne-od XII do początków XVI wieku n.e. W pierwszym okresie religia, zwłaszcza chrześcijaństwo, była głównym czynnikiem kształtującym system opieki zdrowotnej. Położnictwo było zatem wartościową i religijnie respektowaną profesją. Kobiety mogły podejmować praktykę położniczą jedynie po uzyskaniu zgody przez kapłana i potwierdzeniu ich statusu religijnego i moralnego. W niektórych kulturach, praktykowanie położnictwa było religijnym zobowiązaniem

zakonnice. Z uwagi na istniejące nadal nierówności płci w odniesieniu do edukacji i możliwości zawodowych, położne nie mogły osiągnąć oczekiwanego formalnego wykształcenia ani doświadczenia praktycznego. Ich rola skupiała się głównie na ocenie i zwalczaniu bólu podczas porodu oraz utrzymywaniu kobiety i jej nowonarodzonego dziecka w czystości i stanie ogólnego komfortu. Początek XII wieku przyniósł znaczne zmiany. W całej Anglii, Europie, części Północnej Ameryki i Szkocji położne zostały całkowicie wykluczone i zepchnięte na margines społeczny. Wiele z nich uznano za heretyczki i czarownice. Poddane zostały sankcjom i straciły życie przez powieszenie lub płonąc na stosie na mocy upoważnienia króla lub średniowiecznego kościoła. Nierówność płci potęgowała marginalizację kobiet i ograniczenie ich dostępu do edukacji. Stąd, średniowieczny patriarchat i męska władza miały bezpośredni wpływ na kształtowanie położnictwa [4, 5, 8, 21, 22].

1.5. Epoka wczesnonowoczesna (XVII-XVIII wiek n.e.)

Wiek XVII i XVIII trwał pod znakiem rozwoju instytucji kształcenia medycznego oraz wzbogacania instrumentarium chirurgicznego. Jednym z nowych narzędzi były kleszcze porodowe. W 1750 roku położne wprowadziły w obrębie swojego zawodu system licencyjny. Początek XVIII wieku przyniósł ze sobą wzrost liczby mężczyzn praktykujących w położnictwie, w wyniku czego nastąpił podział biorących udział w porodzie na kobiety nazywane położnymi i mężczyzn nazywanych położnikami. Byli oni akademicko uprzywilejowani, podobnie jak położne-kobiety, do formalnego kształcenia i szkolenia praktycznego. Ich zaawansowane umiejętności posługiwania się narzędziami chirurgicznymi podczas porodu oraz wysokie kwalifikacje wskazywały na znaczący rozwój położnictwa [5, 8, 23-26].

1.6. Epoka nowożytna (do chwili obecnej)

1.6.1. Wielka Brytania i Europa

Brak regulacji prawnych w obrębie systemu opieki zdrowotnej w całej Europie zniekształcał poczucie faktycznego zapotrzebowania na usługi konkretnych specjalistów. Wydawało się

wówczas, że pielęgniarstwo było bardziej pożądaną profesją niż położnictwo. Konieczne było wydanie wielu aktów prawnych regulujących te zawody. Przykładem jest utworzenie w 1887 roku w Wielkiej Brytanii Stowarzyszenia Brytyjskich Pielęgniarek (*British Nursing Association*, BNA), którego zadaniem było ustalanie zakresu opieki medycznej przy pomocy systematycznych programów szkoleniowych. Wszystkie działania były skupione na zapewnieniu ochrony i bezpieczeństwa publicznego. Kolejnym krokiem było wystosowanie wniosku o ustanowienie dwóch odrębnych zawodów-pielęgniarek i położnych. Pomysł ten został jednak odrzucony. Dopiero rok później zarejestrowano prawnie jedynie zawód pielęgniarki. Akt ustanowienia zawodu położnej został przyjęty dopiero w 1952 roku. Utworzono również Centralny Zarząd Położnych (*Central Midwives Board*, CMB), którego zadaniem było czuwanie nad rejestracją położnych czynnych zawodowo [4, 5, 22, 26].

1.6.2. Stany Zjednoczone Ameryki Północnej i Kanada

W amerykańskim społeczeństwie tradycyjne położnictwo praktykowane było jedynie przez cudzoziemców o przeróżnym pochodzeniu etnicznym i tylko w kilku stanach Ameryki. Opierali się oni wyłącznie na własnych doświadczeniach, bez formalnego wykształcenia ani wiedzy praktycznej. W 1920 roku Mary Breckinridge przedstawiła amerykańskiemu społeczeństwu brytyjski model pielęgniarki-położnej. Rozbudowywany z biegiem lat utrzymywał rolę położnictwa w społeczeństwie i wspierał działania na rzecz zdrowia publicznego. Promowanie wysokiego poziomu higieny publicznej, zapewnienie dostępu do opieki prenatalnej oraz zainicjowanie wizyt domowych było głównymi celami działalności pielęgniarek i położnych. Wprowadzony przez Breckinridge model zakładał, że położne są w stanie prowadzić ciążę i porody fizjologiczne oraz niskiego ryzyka. Miało to pozytywny wpływ, efektem czego może być imponująco zmniejszająca się śmiertelność matek. W Kanadzie dopiero w latach 90-tych ubiegłego wieku położnictwo zostało przedstawione jako uregulowana prawnie, autonomiczna i finansowana ze środków publicznych profesja. Doświadczenie było niezbędne w kanadyjskim położnictwie, dlatego też położne praktykujące przed wprowadzeniem ustawy były zobowiązane do uzupełnienia swojego wykształcenia o wymogi legislacyjne. Edukacja położnych jest dzisiaj w Kanadzie głównym problemem. Istnieje bowiem wiele programów, które realizują różne podejście do porodów domowych oraz reprezentują odmienne postawy społeczeństwa dotyczące porodu. Jeden

z programów, obowiązujący w sześciu prowincjach, umożliwia położnym pracę w zawodzie już po studiach licencyjnych. Kolejne trzy, uznane za rdzennie kanadyjskie, opierają się na praktykach zawodowych. Jakkolwiek różnorodne są możliwości zdobycia zawodu to nadrzędnym celem położnictwa w Kanadzie jest jego globalizacja oraz utrzymanie tradycyjnego aspektu porodu, nawiązującego do położnictwa Eskimosów [27-32].

2. Poród domowy w świetle prawa europejskiego

W wyroku sądowym z dnia 14 grudnia 2010 roku w sprawie *Ternovszky v. Węgry*, Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, iż państwo powinno zapewnić odpowiedni system regulacyjny dotyczący prawa w zakresie wyboru miejsca urodzenia się dziecka (w domu lub w szpitalu). W kontekście porodu domowego powinna być to osobista decyzja kobiety ciężarnej. Oznacza to, że przyszła matka jest uprawniona do legalnego i chronionego instytucjonalnie wyboru miejsca porodu. Stanowisko Trybunału akcentują w pewnym sensie systemy regulacyjne państw członkowskich: Belgii, Niemiec, Holandii, Francji i Wielkiej Brytanii umożliwiając kobietom wybór miejsca porodu zgodnie z artykułem 8 Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (*European Court of Human Rights, ECHR*), czyli prawem do poszanowania życia prywatnego [33].

2.1. Sprawa Ternovszky v. Węgry

Węgierka, Ternovszky (wnioskodawczyni), była ciężarną kobietą, która chciała aby jej dziecko przyszło na świat w domu. Zarzuciła ona państwu węgierskiemu naruszenie artykułu 8 Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Okazało się bowiem, że węgierskie prawo zabrania pracownikom ochrony zdrowia, w tym przypadku położnym, asystować przy porodach domowych [34].

Rządowy Dekret nr. 218/1999 (XII.28) stanowi, że pracownik węgierskiej ochrony zdrowia sprawując opiekę nad rodzącą poza szpitalem ryzykuje skazanie za przestępstwo. W przekonaniu Ternovszky, w sytuacji braku obszernych wytycznych dotyczących porodów domowych na Węgrzech, przepis ten skutecznie zniechęca pracowników opieki zdrowotnej przed wspomaganiem kobiet chcących urodzić poza szpitalem. Sąd, w swojej ocenie,

najpierw zapoznał się ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w związku z porodami domowymi [35].

Trybunał Europejski na rozprawie stwierdził: *“Gdzie zatem powinna rodzić kobieta? Czy słusznym jest stwierdzenie, że kobieta powinna rodzić w miejscu, które uważa za bezpieczne i o najwyższym stopniu referencyjności, w którym właściwe leczenie jest możliwe i pewne (FIGO 1992). Kobiety z ciężką niskiego ryzyka mogłyby rodzić w domu, w małej klinice położniczej lub w miejskich centrach porodowych czy też na oddziale położniczym dużego szpitala. Jakkolwiek, musi być to miejsce, gdzie cała uwaga i opieka są skoncentrowane na jej potrzebach i bezpieczeństwie, z takim podobieństwem jak w jej własnym domu i kulturze. Jeżeli poród odbywa się w domu czy też w małym centrum porodowym na peryferiach miasta, awaryjny plan dostępu do referencyjnego centrum zdrowia z pełną obsadą powinien być częścią przedporodowych przygotowań.”* Sąd zdecydował, że węgierskie prawo jest niezgodne z artykułem 8 Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Zważając na sprzeczność między Ustawą o Opiece Zdrowotnej z 1997 roku, w której jest mowa o samostanowieniu o sobie przez pacjenta (zarówno w domu jak i w szpitalu), w szczególności wolny wybór do akceptacji lub odrzucenia propozycji leczenia, a Rządowym Dekretem nr. 218/1999 (XII.28), który karze pracowników ochrony zdrowia prowadzących praktykę pozaszpitalną bez odpowiedniej licencji czyli niezgodne z prawem. Dokładnie rok wcześniej, wyrokiem Trybunału Europejskiego z 14 grudnia 2009 roku, polecono węgierskiemu rządowi aby określił profesjonalne zasady i warunki regulujące porody poza szpitalem i czynniki wykluczające możliwość takiego porodu. Niestety państwo węgierskie nie wywiązało się z powierzonego mu zadania. W związku z tym Trybunał uznał, że istnieje prawna niespójność dotycząca sytuacji personelu ochrony zdrowia pomagającego przy porodach domowych. Sąd odnotował, że nie był to pierwszy przypadek wszczęcia postępowania przeciwko pracownikowi ochrony zdrowia asystującemu przy porodach pozaszpitalnych [36].

Inna sprawa rozpatrywana na Węgrzech dotyczyła Ágnes Geréb, która jest żarliwą orędowniczką porodów domowych. Do końca lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku pracowała jako położnik. Później podjęła praktykę położnej i zaczęła zachęcać rząd węgierski do uregulowania sytuacji porodów pozaszpitalnych. Niestety, Miejski Sąd w Budapeszcie skazał ją na dwa lata więzienia za nadużycia i wstrzymał prawo wykonywania zawodu na

okres lat pięciu. Ágnes Geréb została zwolniona z więzienia 22 grudnia 2010 roku, ale podlegała pod areszt domowy przez kolejne 4 lata [37-40].

Wobec wyroku Trybunału Europejskiego i publicznych protestów w jej sprawie, w marcu 2011 roku rząd węgierski wydał dekret, który jako pierwszy stworzył ramy prawne dotyczące porodów pozaszpitalnych. W świetle nowego prawa wybór miejsca porodu należy do matki, z wyjątkiem przypadków, w których zagrożone jest życie dziecka. Konieczna jest też obecność przy porodzie wykwalifikowanego położnika lub położnej. Personel medyczny musi być licencjonowany oraz mieć poświadczone przyjęcie pięćdziesięciu porodów zakończonych sukcesem. Może to być też niezależna położna [41, 42].

Sprawa Ternovszky kontra Węgry zapoczątkowała debatę na temat porodów domowych w Europie. Systemy regulacyjne w państwach członkowskich: Belgii, Niemczech, Holandii, Francji i Wielkiej Brytanii, dotyczące wyboru miejsca porodu są zgodne z artykułem 8 Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Wszystkie wymienione kraje są członkami Międzynarodowej Konfederacji Położnych (*International Confederation of Midwives*, ICM), która wspiera, reprezentuje i działa na rzecz wzmocnienia działalności położnych [43].

2.2. Wpływ wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka na sytuację dotyczącą porodów domowych

Artykuł 8 Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zapewnia każdemu człowiekowi prawo do poszanowania jego życia prywatnego oraz, że żadna instytucja publiczna nie będzie ingerować w to prawo [33]. „Życie prywatne” jest szerokim pojęciem obejmującym aspekty tożsamości fizycznej i społecznej danej osoby, w tym prawo do osobistej autonomii, indywidualnego rozwoju oraz ustanowienia relacji z innymi ludźmi i światem zewnętrznym [44]. Również prawo do poszanowania decyzji dwojga ludzi dotyczącej podjęcia się rodzicielstwa zawiera się w pojęciu „życia prywatnego”. Oznacza to dalej, że prawo dotyczące decyzji zostania rodzicem determinuje prawo do wyboru okoliczności tego zdarzenia. Władze państwowe powinny interweniować jedynie w przypadkach, kiedy ich działanie kierowane będzie korzyściami dla zdrowia matki lub dziecka [45].

3. Poród domowy w Polsce

W Polsce nadzieja na rozwój zorganizowanej opieki okołoporodowej pojawiła się dopiero w 1203 roku, kiedy na teren ziem polskich za wstawiennictwem krakowskiego biskupa Pełki przybyli bracia zakonni pod wezwaniem Świętego Ducha. Zakonnicy sprowadzeni z Wiednia zajmowali się chorymi, bezdomnymi, kobietami ciężarnymi i ich dziećmi. Niestety przez wzgląd na średniowieczną ascezę zgodnie z którą widok kobiecego ciała był przeciwwskazany, bracia zakonni nie przyczynili się do rozwoju położnictwa [46-48]. Do około XIX wieku kobiety asystujące przy porodzie nazywane były „babami”, „babkami” lub „mądrymi”. Seniorki społeczności swoje praktyki opierały na zdobytym doświadczeniu i ówczesnie panujących wierzeniach ludowych [49]. Nie posiadały profesjonalnej wiedzy położniczej. Swoje umiejętności, które ograniczały się do wspierania psychicznego rodzących i przyjmowania porodów fizjologicznych przekazywały córkom [46, 47, 50].

Pierwsza polska położna, na temat której możemy znaleźć zapiski historyczne, pojawiła się w 1555 roku. Była to żona jednego z radców krakowskich-Jana Ulla. Literatura podaje, że traktowano ją jako kogoś w rodzaju zastępcy lekarza dla kobiet, którym była niezwykle pomocna w zakresie chorób ginekologicznych [51, 52].

Innymi znaczącymi postaciami były Dorota Sibilla (żona księcia Brzegu i Legnicy) oraz jej nadworna akuszerka-Małgorzata Fuss. Na przełomie XVI i XVII wieku wspólnie wydały książkę pt. *„Prosta rada dla niewiast ciężarnych i rodzących, a także w innych słabościach, szczególnie na wsi do użytku”*. Lektura ta była dedykowana zarówno laikom jak i położnym. Miała ona na celu ograniczyć stosowanie zabobonnych i nieskutecznych praktyk. Wiele jej egzemplarzy rozdano za darmo [48].

W tej sytuacji nie można było mówić o właściwej i profesjonalnej opiece nad rodzącą. Adamski w jednym z artykułów opisuje: *„[...] do końca XVIII wieku opiekę nad macierzyństwem sprawowali przygodnie zakonnicy w szpitalach i schroniskach, a pomocy przy porodach udzielały doświadczone stare kobiety, kierując się tradycją, doświadczeniem, intuicją, nierzadko zabobonem, w domach zaś wielmożów sprowadzano akuszerki z Francji, tak zwane madamy”* [53].

Pierwsze próby zorganizowanego nauczania położnych w Polsce podjęto dopiero pod koniec XVIII wieku. Uczennice zazwyczaj nie potrafiły czytać ani pisać, a zdobycie dyplomu

akuszerki traktowały jako szansę na awans społeczny. Głównym celem było w tamtym czasie zmniejszenie umieralności wśród rodzących i ich dzieci oraz poprawa higieny [54].

W 1773 roku we Lwowie zostało założone *Collegium Medicum* ze szkołą dla lekarzy, aptekarzy i akuszerok. Placówka powołana do życia przez cesarzową Marię Teresę von Habsburg zapoczątkowała profesjonalne kształcenie przyszłych położnych [52]. Dwa lata później powstała kolejna szkoła położnych, tym razem w Grodnie. Zarządzał nią Francuz-Jan Gilibert, który sprowadził ze swojej ojczyzny wyszkoloną akuszerkę (instruktorkę). W 1780 roku szkoła położnych pojawiła się również w Krakowie. Kolejne placówki powołano w Siemiatyczach, Poznaniu i Warszawie [49]. Jednak dużą przeszkodą w edukacji młodych położnych był brak ciężarnych chcących rodzić w instytucjach. Zgodnie z tradycją preferowały one porody domowe. Pierwszym absolwentkom szkół położniczych musiało wystarczyć jedynie przygotowanie praktyczne do zawodu. Zakres ich nauczania obejmował umiejętność obserwacji, asysty przy porodzie, samodzielnego przyjęcia porodu, dbałości o sale szpitalne i wyrabianie nawyków higienicznych [54].

W drugiej połowie XIX wieku warunki przyjmowania do szkół uległy zmianie. Umiejętność czytania i pisania były niezbędne do podjęcia nauki. Akuszerki kończyły swoją edukację egzaminem teoretycznym i praktycznym przed specjalną komisją [46, 55].

Nieustannie rosnąca liczba wykwalifikowanych położnych wpłynęła na podjęcie działań mających na celu sformalizowanie zawodu położnej. Pierwsze akty prawne o charakterze lokalnym dotyczące położnych wydawane były jedynie w dużych miastach [46]. Rozbieżności w regulacjach zawodu położnej i poziomu kształcenia wynikały z sytuacji Polski znajdującej się pod zaborami. Dopiero po odzyskaniu niepodległości władze podjęły działania mające na celu prawne uregulowanie i ujednolicenie pracy akuszerok. Od 1820 roku absolwentki warszawskiej szkoły położniczej opuszczając jej mury były zobowiązane do: *...,udzielania zawsze i o każdej porze pomocy rodzącym i ciężarnym w zakresie nabytej wiedzy, do pogłębiania i odświeżania nabytych wiadomości przy pomocy książek położniczych, do posiadania instrumentarium potrzebnego przy odbieraniu porodów, do zwalczania zabobonów i przesądów, do obowiązku wzywania lekarza w przypadkach trudnych, przekraczających wyszkolenie zawodowe oraz do powiadamiania władz urzędowych o wszelkich ciężach potajemnych, spędzeniach płodu lub o przypadkach dzieciobójstwa*” [56].

Pierwszą ustawą o zawodzie położnej było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku [57]. Normowało ono zasady nabywania prawa wykonywania zawodu, które mogło być przyznawane jedynie obywatelkom polskim. Określony został również zakres obowiązków położnych, który obejmował edukację ciężarnych w zakresie higieny i diety, opiekę i pomoc przy porodzie, udzielanie pomocy ciężarnym i rodzącym w nagłych przypadkach, pomoc i edukację dotyczącą pielęgnacji i opieki nad noworodkiem oraz karmienia piersią. W tym okresie samodzielność położnych była bardzo duża. Obligatoryjnym dokumentem prawnym, potwierdzającym ich pracę, był „Dziennik Położnej”.

Ciekawym dokumentem było również Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 roku [58]. Zawierało ono wytyczne jedynie dla położnych. Określało ich rolę i obowiązki, determinowało w pewnym stopniu ich życie prywatne, moralność, etykę zawodu, samokształcenie oraz dbałość o higienę we własnym domu.

Druga wojna światowa przyniosła znaczne braki w kadrach medycznych. Swoją działalność rozpoczęły trzyletnie szkoły położnicze. Porody, zarówno podczas wojny jak i po niej odbywały się w domach. Dopiero w 1950 roku powstała pierwsza w Polsce izba porodowa. Kierowały nią położne, które przyjmowały tam porody fizjologiczne. W przypadku pojawienia się powikłań rodząca była kierowana do szpitala. Powstanie izb porodowych miało na celu podniesienie poziomu opieki okołoporodowej. Położne tam pracujące charakteryzowały się ogromną samodzielnością zawodową i wysokim poziomem wiedzy medycznej. Lata siedemdziesiąte XX wieku zapoczątkowały znaczące zmiany. Rosnąca liczba szpitali położniczo-ginekologicznych spowodowała zamykanie izb porodowych. Samodzielność zawodowa i mnogość kompetencji położnych zaczęły się znacząco zmniejszać, a kontrolę nad ich praktyką przejmowali powoli lekarze [46, 59].

Całokształt transformacji ustawodawstwa polskiego, zamknięcie izb porodowych i przeniesienie porodów fizjologicznych do szpitali znacząco wpłynęło na suwerenność zawodu położnej. Dopiero w 1991 roku podjęto pierwsze kroki mające przywrócić prestiż zawodowy położnym. Weszła wówczas w życie Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych (z dnia 19 kwietnia 1991 roku). Dokument ten opisuje strukturę i funkcjonowanie samorządów oraz ściśle określa zasady odpowiedzialności zawodowej, które obowiązują po dziś dzień [60].

Kolejnym ważnym dokumentem, określającym wymagania edukacyjne i warunki otrzymania prawa wykonywania zawodu, jest Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej. Ponadto, na mocy tej ustawy wprowadzona została dyrektywa Unii Europejskiej dotycząca uznawania polskich dyplomów na terenie całej Europy. Jednolite studia położnicze podzielono na dwa stopnie i wyodrębniono dwa oddzielne tytuły: licencjata i magistra położnictwa. Edukacja położnych została przeniesiona na wyższe uczelnie medyczne [61]. Pierwsze studia drugiego stopnia zostały zorganizowane w Lublinie w 1996 roku.

Dnia 15 lipca 2011 roku weszła w życie Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej, która zastąpiła dokument dotyczący samorządów. Określa ona bardzo szczegółowo zasady wykonywania zawodu. Kompetencje położnych obejmują rozpoznawanie ciąży, jej prowadzenie i przyjmowanie porodu fizjologicznego. W sytuacjach koniecznych położne upoważnione są do wykonania nacięcia krocza czy też przyjęcia porodu z położenia miednicowego. W ustawie zawarte są również warunki niezbędne do uzyskania prawa wykonywania zawodu. Wprowadzony został też przepis, dzięki któremu wykonywanie zawodu położnej definiowane jest nie tylko przez pracę w szpitalu, ale również poprzez nauczanie zawodu, działalność naukową czy zajmowanie stanowisk kierowniczych w ośrodkach opieki zdrowotnej [62].

Położna ma służyć wiedzą, opieką i wsparciem dla każdej kobiety na przestrzeni całego jej życia. Jest samodzielnym, co podkreśla wyżej wymieniona ustawa, zawodem medycznym, w ramach którego zobowiązana jest do świadczenia opieki zdrowotnej w stosunku do kobiet. Świadczenia te obejmują rozpoznawanie i powadzenie ciąży fizjologicznej oraz kierowanie ciężarnych na badania w celu wczesnego wykrycia ciąży wysokiego ryzyka. Kontynuacją tych świadczeń jest oczywiście asysta do porodu fizjologicznego oraz nadzorowanie dobrostanu płodu i nowonarodzonego dziecka. Na położnych spoczywa również obowiązek podejmowania działań niezbędnych w sytuacjach nagłych, np. konieczność ręcznego wydobycia łożyska (do chwili przybycia lekarza). Wszystkie zadania i czynności położna jest zobowiązana wypełniać zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, przy użyciu odpowiedniej aparatury medycznej oraz wykorzystując określone badania niezbędne do monitorowania przebiegu ciąży i porodu fizjologicznego [63].

Zawód położnej podlega ciągłym zmianom. Obecnie nasilony jest znacząco trend powrotu do natury i fizjologii. Wszelkie organizacje i stowarzyszenia położnicze podejmują walkę z medykacją porodów, której początki sięgają lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Dzisiejsze polskie położne są wysoko wykwalifikowanymi profesjonalistkami z ogromnymi możliwościami dalszego naukowego rozwoju. Ich dyplom uznawany jest w całej Unii Europejskiej. Chcą samodzielnie realizować się zawodowo w opiece nad kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi, ciążą, rodzącą, położnicą i jej noworodkiem nie tylko w szpitalu, ale również w środowisku domowym swoich podopiecznych, w poradniach i szkołach rodzenia [64].

3.1. Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni”

W 2006 roku w Polsce z inicjatywy rodziców i położnych powstało Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni”. Motywacją do jego utworzenia było pragnienie pełnego doświadczenia swojego rodzicielstwa szczególnie podczas porodu oraz wspieranie niezależnie pracujących położnych [65, 66]. Stowarzyszenie posiada statut, w którym zapisane są jego szczegółowe założenia oraz sposoby ich realizacji w ramach odpłatnej i nieodpłatnej działalności. W ogólnym zarysie stowarzyszenie ma na celu:

- umożliwienie przyszłym rodzicom wyboru miejsca i sposobu rodzenia,
- propagowanie indywidualnego i różnorodnego podejścia do kobiet oczekujących dziecka i porodu,
- wymiana doświadczeń związanych z opieką nad noworodkiem,
- rozpowszechnianie i pomoc w karmieniu piersią,
- wpływanie na zmianę podejścia społeczeństwa do porodów poza szpitalem,
- organizowanie szkoleń i warsztatów dla rodziców i położnych,
- podnoszenie prestiżu zawodowego położnych,
- wspieranie położnych w podejmowaniu niezależności zawodowej,
- współpraca interdyscyplinarna z innymi środowiskami i zawodami medycznymi,
- opracowywanie i rozpowszechnianie materiałów propagujących nowe podejście do położnictwa,
- pomoc w organizowaniu alternatywnych miejsc do rodzenia (np. oddziały położnicze nadzorowane przez położne, domy narodzin),
- udzielanie rekomendacji i wsparcia położnym przyjmującym porody domowe,

- współpraca międzynarodowa [67].

Stowarzyszenie zrzesza niezależne położne, które w ramach indywidualnej praktyki przyjmują porody domowe. Na potrzeby ich samodzielności zawodowej stowarzyszenie określiło ogólne zasady kwalifikacji do porodu poza szpitalem z podziałem na przeciwwskazania względne i bezwzględne (Tabela I).

Tabela I. Przeciwwskazania bezwzględne i względne do porodu pozaszpitalnego [68].

Przeciwwskazania bezwzględne	Przeciwwskazania względne
• GDM1, GDM2; • PIH; • cholestaza ciężarnych; • stan po leczeniu niepłodności (obecna ciąża w wyniku terapii hormonalnej, zapłodnienia pozaustrojowego); • choroby przewlekłe; • choroby i wady serca; • astma oskrzelowa; • infekcja dróg moczowych (potwierdzona posiewem moczu) w III trymestrze ciąży; • infekcja w organizmie z gorączką potwierdzona badaniami laboratoryjnymi (CRP, morfologia z rozmazem) w III trymestrze ciąży; • nawracające, liczne infekcje w przebiegu ciąży; • niedoczynność lub nadczynność tarczycy leczona farmakologicznie; • czynna depresja lub inne choroby psychiczne; • uzależnienia (narkotyki , alkohol, papierosy w ciąży); • HCV (+); • HIV (+); • WR (+); • CMV IgM (+); • Toxoplazmoza IgM (+); • HBS (+); • położenie miednicowe płodu; • położenie poprzeczne i/lub skośne płodu; • ciąża mnoga; • poród przed ukończeniem 37 tyg. ciąży; • poród po ukończeniu 42 tyg. ciąży; • nieprawidłowa lokalizacja łożyska; • hypotrofia płodu; • makrosomia płodu;	• kolonizacja dróg rodnych <i>Streptococcus agalactiae</i>; • nieleczone, aktywne infekcje pochwy; • stan po łyżeczkowaniu jamy macicy - należy wziąć pod uwagę przyczynę łyżeczkowania, przebieg zabiegu, ewentualne wystąpienie krwotoku z dróg rodnych, czy łyżeczkowania były związane z ciążą, poronieniem, powikłaniami III i/lub IV okresu porodu. Te ostatnie traktowane powinny być najostrożniej; • wieloletnia antykoncepcja hormonalna lub wkładka domaciczna usunięta na krótko przed bieżącą ciążą; • mięśniaki macicy - konieczna kontrola wielkości mięśniaków w badaniu USG, dokładny wywiad (krwotoczność miesiączek, zwiększone krwawienie z dróg rodnych po poprzednich porodach); • ciężarna niepełnoletnia (konieczna pisemna zgoda prawnego opiekuna na odbycie porodu poza szpitalem dołączona do dokumentacji medycznej); • małopłytkowość (PLT 130-150 tys.); poród poza szpitalem możliwy tylko przy prawidłowym koagulogramie; • obciążony wywiad położniczy

• małowodzie (AFI poniżej 5); • wielowodzie (AFI powyżej 20); • nieprawidłowe przepływy w badaniu USG; • nieprawidłowa budowa miednicy kostnej ciężarnej; • głęboka niedokrwistość ciężarnej; • małopłytkowość (PLT poniżej 130 tys.); • nieprawidłowe zapisy KTG; • stan po cięciu cesarskim.	
---	--

3.2. Dokumentacja Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni”

Kolejnym krokiem było opracowanie odpowiedniej dokumentacji, która pozwoliłaby ujednolicić prowadzenie obserwacji rodzącej w domu i jednocześnie zagwarantować bezpieczeństwo rodzącej oraz położnej podejmującej się asysty porodu pozaszpitalnego. Położne działające pod patronatem Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni” posługują się właśnie tymi dokumentami. Mogą oczywiście dołączyć do całego zestawu dodatkowe, samodzielnie opracowane materiały. Kobieta zainteresowana porodem domowym może samodzielnie dokonać wstępnej kwalifikacji, posługując się wytycznymi zamieszczonymi na stronie internetowej stowarzyszenia [68]. W następnej kolejności, również za pośrednictwem witryny organizacji, może znaleźć, wybrać i nawiązać kontakt z położną przyjmującą porody pozaszpitalne [69]. Przy pierwszym spotkaniu położna przeprowadza swoją własną i wnikliwą kwalifikację potencjalnej kandydatki do porodu domowego. Odbywa się ona w oparciu o prezentowaną wcześniej tabelę przeciwwskazań, aktualne wyniki badań ciężarnej oraz wnikliwą rozmowę z zainteresowaną. Ocenia przygotowanie psychiczne i emocjonalne obojga rodziców do takiego porodu. Bierze również pod uwagę warunki mieszkaniowe (przestrzeń i funkcjonalność lokalu, odległość do najbliższego szpitala, warunki dojazdu, itp.). W ramach tej wizyty wypełnia pierwszy formularz, który będzie stanowił całość późniejszej dokumentacji medycznej. Jest to karta o nazwie „Wizyta w ciąży”, która zawiera podstawowe informacje dotyczące ciężarnej, parametry oceny stanu ogólnego oraz wyniki ostatnich badań. Odnotowuje również dolegliwości zgłaszane przez podopieczną, przyjmowane leki, zleca kolejne badania i ewentualne konsultacje. Zapisuje też dokładnie wynik badania zewnętrznego i wewnętrznego, wartość tętna płodu, które obowiązkowo musi wysłuchać detektorem tętna i wyznacza termin kolejnego spotkania. Powinno się odbyć od 2 do 3 takich wizyt. Karta „Wizyta w ciąży” wypełniana jest podczas każdego spotkania,

natomiast „Karta kwalifikacji do porodu w domu” tylko raz. W drugim formularzu położna gromadzi dane dotyczące przebiegu całej ciąży, zapisuje wartości pomiaru miednicy kostnej i spisuje wyniki ostatnich badań. Dyskwalifikacja ciężarnej z odbycia porodu w domu może nastąpić na każdym etapie do jego rozpoczęcia, w zależności od przebiegu ciąży i/lub stanu jej zdrowia.

Podczas pierwszej wizyty, położna przedstawia ciężarnej umowę „Świadczenie usług położniczych okołoporodowych”. Zawiera ona zapewnienie i obowiązki każdej ze stron oraz cennik wszystkich usług, który jest indywidualny dla każdej położnej. W Polsce koszty porodu domowego pokrywają sami zainteresowani.

Kolejne druki dotyczą samego przebiegu porodu. Niezwykle ważnym dokumentem, który na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania obowiązuje wszystkie położne praktykujące w Polsce jest „Karta obserwacji porodu” (partogram) [70]. Zawiera ona podstawowe dane dotyczące ciąży i porodu. Położna odnotowuje w niej podstawowe parametry stanu ogólnego podopiecznej, badania wewnętrzne, tętno płodu i wiele innych informacji opisujących dokładnie cały przebieg porodu. Partogram opatrzony jest podpisami i pieczętkami z numerem prawa wykonywania zawodu położnych sprawujących opiekę nad rodzącą.

Stworzona przez stowarzyszenie „Karta porodu w domu” składa się z trzech części, tj. rozpoczęcie porodu, podsumowanie porodu i badanie noworodka po urodzeniu. Pierwsza część uwzględnia pierwszy kontakt telefoniczny z położną w momencie rozpoczęcia się czynności skurczowej, czas wezwania do porodu, przyjazdu do rodzącej, opis sytuacji położniczej oraz decyzje o dalszym postępowaniu. Druga część dotyczy charakterystyki porodu (łącznie z czasami trwania poszczególnych okresów), zawiera podstawowe informacje o noworodku i jego ocenę w skali Apgar. Ostatnia strona jest sprawozdaniem z badania noworodka.

„Karta informacyjna porodu w domu” jest odpowiednikiem karty informacyjnej, jaką otrzymuje pacjentka przy wypisie ze szpitala. Zawiera najważniejsze dane dotyczące przebiegu porodu, wczesnego połogu, krótką charakterystykę dotychczasowego procesu laktacji, wskazówki do dalszego postępowania oraz zalecenia dotyczące rejestracji, zgłoszeń noworodka do odpowiednich instytucji i badań kontrolnych.

Bardzo często jest tak, że rodząca ma już podpisaną deklarację z konkretną położną środowiskową. Wtedy położna przyjmująca poród domowy wypisuje „Zgłoszenie do położnej rodzinnej dziecka urodzonego w domu” i dostarcza je za potwierdzeniem do właściwego ośrodka zdrowia. W przypadku, kiedy ciężarna nie dokonała jeszcze wyboru położnej środowiskowej, może ona dokonać takiego zgłoszenia we własnym zakresie.

Opieka położnej nie kończy się na przyjęciu porodu. Czuwa ona także nad dobrostanem matki i jej dziecka realizując przynajmniej trzy wizyty poporodowe. Odbywają się one zazwyczaj w 1, 3-4 i 7 dobie po porodzie. Podczas każdej z nich położna wypełnia kartę „Wizyta po porodzie”.

Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni” opracowało jeszcze dwa dodatkowe dokumenty, których zadaniem jest zabezpieczenie transferu rodzącej z domu do szpitala. W przypadku wystąpienia podczas porodu powikłań położna wypełnia kartę „Transfer w trakcie porodu”. Jeżeli natomiast zaistnieje konieczność przetransportowania podopiecznej po porodzie niezbędne będzie wypełnienie karty „Transfer po porodzie w domu”.

Każda położna może dołączyć do tego obowiązkowego kompletu dokumentacji medycznej opracowane przez siebie dodatkowe formularze.

II CEL PRACY

Celem pracy była analiza porodów domowych. Cele szczegółowe obejmowały:

1. Charakterystykę kobiet decydujących się na poród w domu (wiek, wykształcenie, przeszłość położnicza).
2. Analizę przebiegu porodu w warunkach domowych.
3. Określenie przyczyn odstąpienia od porodu domowego na rzecz porodu w szpitalu.
4. Porównanie danych pochodzących z poszczególnych województw.

III. MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

1. Materiał

Przedmiotem analizy były informacje zgromadzone w:

1. ogólnopolskiej bazie danych dotyczących porodów domowych, która prowadzona jest przez Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”,
2. dokumentacja medyczna prowadzona przez położne prowadzące porody domowe.

Wszystkie informacje zostały udostępnione po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody na dostęp i przetwarzanie danych w celach naukowych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę zarządu Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni” [65] oraz zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Uchwała nr R-I-002/141/2015).

2. Metodyka

Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych ciągłych przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych, odchyleń standardowych (SD), median oraz wartości skrajnych (min. i maks.). Do porównań międzygrupowych charakterystyk zmiennych ciągłych użyto testu t Studenta, testu U Manna-Whitneya, analizy wariancji ANOVA z testem post-hoc Tukeya lub testu Kruskala-Wallis z testem post-hoc Dunna. Do porównań wewnątrzgrupowych wartości zmiennych ciągłych użyto testu ANOVA Friedmana.

Charakterystyki statystyczne zmiennych dyskretnych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych i procentowych. Do porównań międzygrupowych rozkładów zmiennych dyskretnych użyto testu chi-kwadrat Pearsona lub dokładnego testu Fishera.

Siłę i kierunek związku między parami zmiennych mierzalnych oceniano w oparciu o wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R).

Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica 10 (StatSoft, Stany Zjednoczone), jako próg istotności statystycznej przyjmując wartość $p < 0,05$.

IV. WYNIKI

1. Dane ogólnopolskie

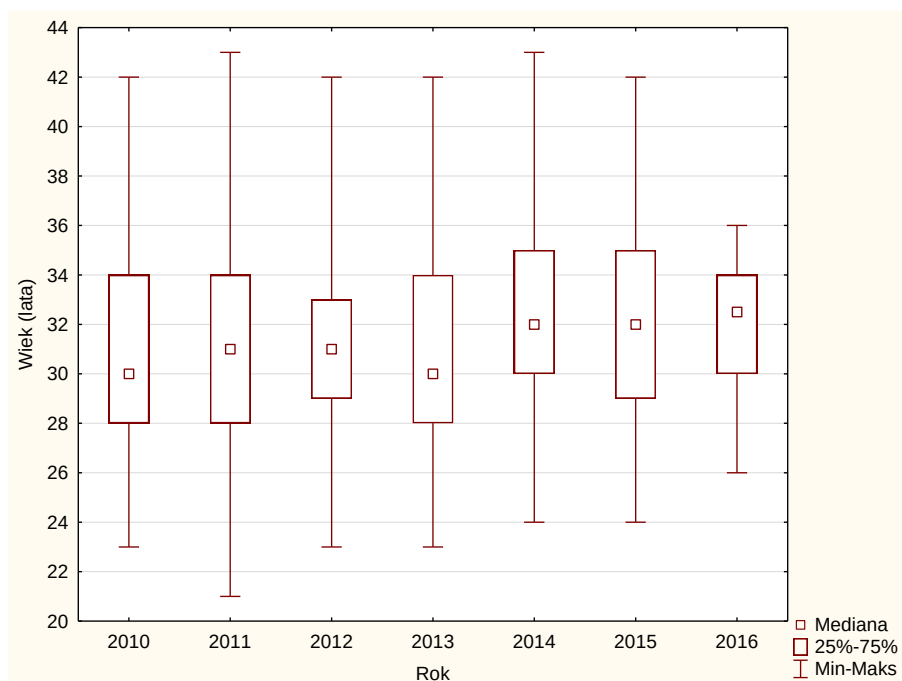
Dane wykorzystane do badań obejmują lata 2010-2016. Łącznie w tym okresie pod opieką położnych należących do Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni” odbyło się w Polsce 581 porodów domowych. Wyniki dotyczące województwa podlaskiego obejmują okres od 2014 do 2016 roku, ponieważ dopiero od roku 2014 na terenie tego województwa przyjmowane są porody domowe przez położną należącą do Stowarzyszenia. Dane z pozostałych województw pochodzą z lat 2010-2015.

1.1. Dane socjodemograficzne

Kobiety włączone do badania w latach 2011-2013 i 2015-2016 były w podobnym wieku. Różnice istotne statystycznie dotyczyły lat 2010 i 2014. W roku 2010 były one znacząco młodsze, natomiast z roku 2014 były starsze (Tabela II, Ryc. 1).

Tabela II. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	93	30,5	4,1	30	23	42	0,014
2011	82	31,6	4,4	31	21	43	
2012	96	31,2	3,6	31	23	42	
2013	81	31,1	4,3	30	23	42	
2014	108	32,6	3,9	32	24	43	
2015	111	31,7	4,1	32	24	42	
2016	10	32,0	3,3	32,5	26	36	
Razem	581	31,5	4,1	31	21	43	

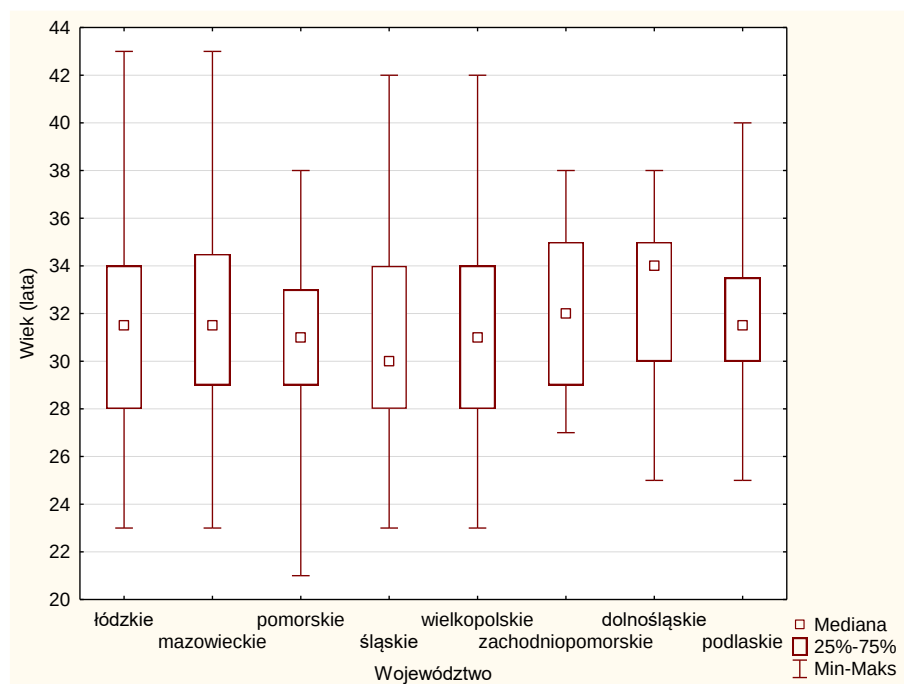


Ryc. 1. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Wiek kobiet włączonych do badania w poszczególnych analizowanych województwach przedstawiono w tabeli III i na rycinie 2. Nie wykazano statystycznie znamiennych różnic pomiędzy grupami.

Tabela III. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
łódzkie	54	31,1	4,1	31,5	23	43	0,742
mazowieckie	240	31,7	4,2	31,5	23	43	
pomorskie	37	31,6	3,3	31	21	38	
śląskie	41	31,1	4,7	30	23	42	
wielkopolskie	150	31,2	4,1	31	23	42	
zachodniopomorskie	22	32,0	3,5	32	27	38	
dolnośląskie	17	32,6	4,1	34	25	38	
podlaskie	20	31,6	3,7	31,5	25	40	
Razem	581	31,5	4,1	31	21	43	

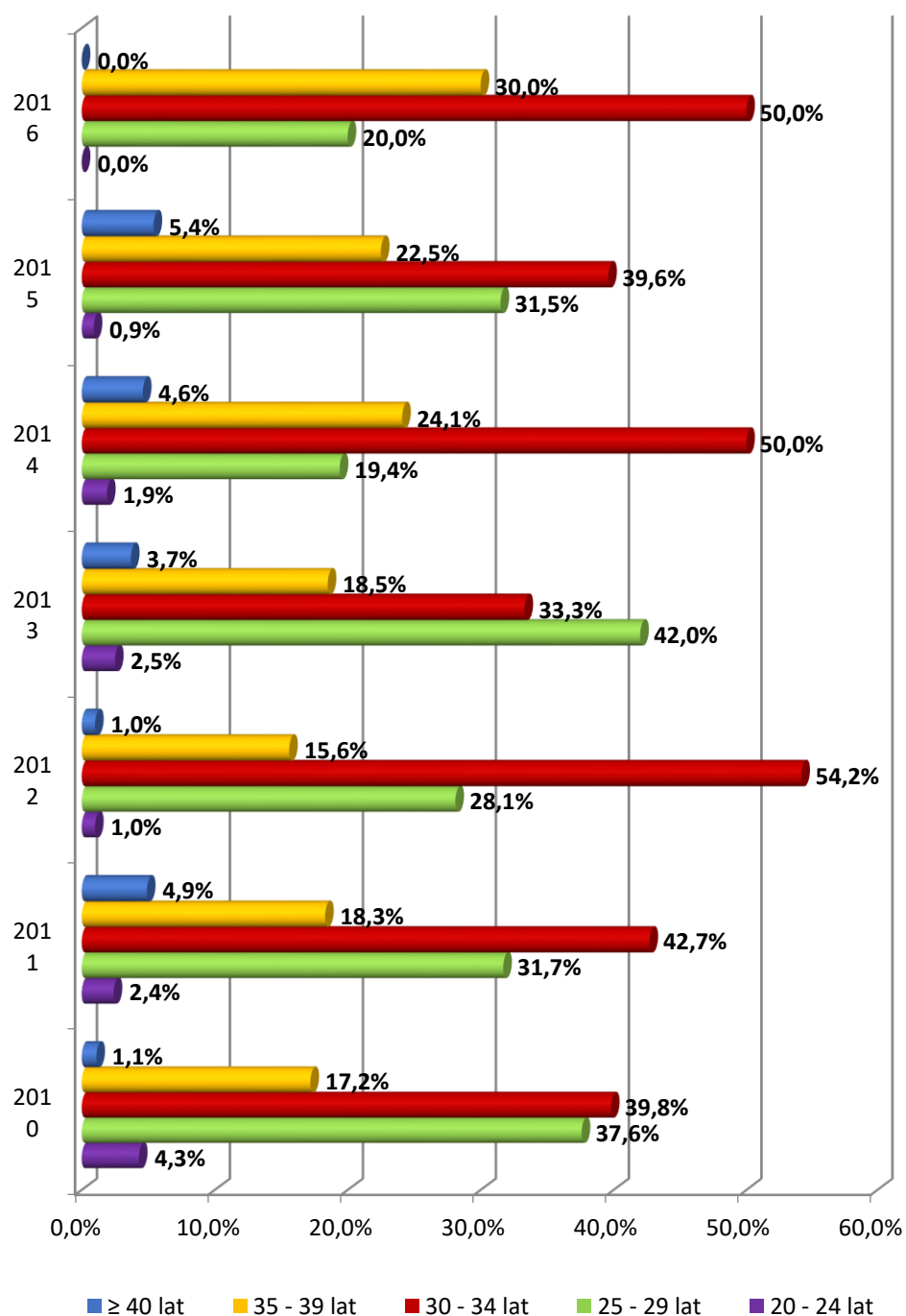


Ryc. 2. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Analiza statystyczna nie wykazała znamienych różnic międzygrupowych w rozkładzie wieku badanych kobiet w poszczególnych latach (Tabela IV). Rozkład wieku kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono na rycinie 3.

Tabela IV. Rozkład wieku kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	Wiek (lata)										Razem (n)	p
	20-24		25-29		30-34		35-39		≥ 40			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
2010	4	4,3	35	37,6	37	39,8	16	17,2	1	1,1	93	0,229
2011	2	2,4	26	31,7	35	42,7	15	18,3	4	4,9	82	
2012	1	1,0	27	28,1	52	54,2	15	15,6	1	1,0	96	
2013	2	2,5	34	42,0	27	33,3	15	18,5	3	3,7	81	
2014	2	1,9	21	19,4	54	50,0	26	24,1	5	4,6	108	
2015	1	0,9	35	31,5	44	39,6	25	22,5	6	5,4	111	
2016	0	0,0	2	20,0	5	50,0	3	30,0	0	0,0	10	
Razem	12	2,1	180	31,0	254	43,7	115	19,8	20	3,4	581	

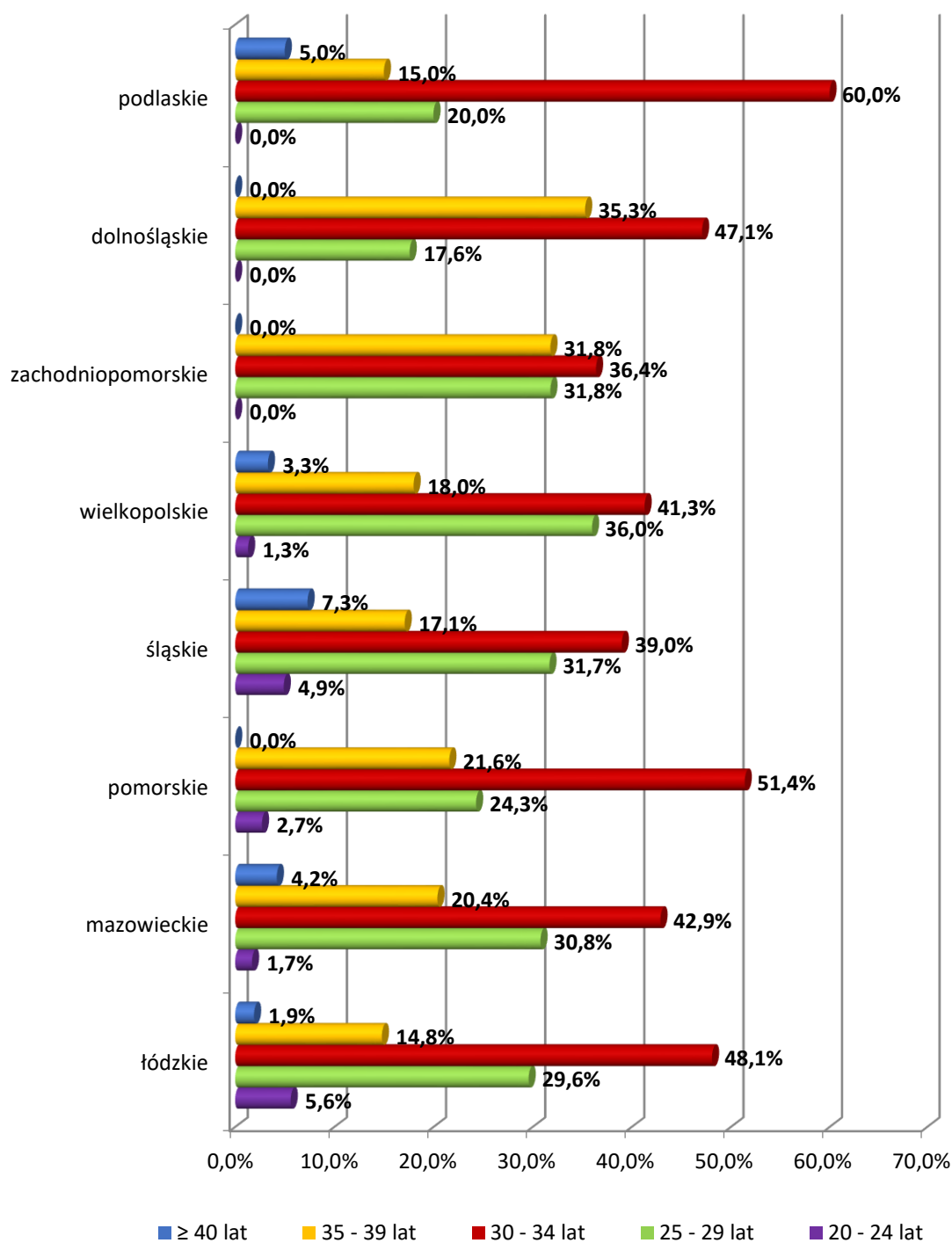


Ryc. 3. Rozkład wieku kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rozkład wieku kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono na rycinie 4. W tym przypadku analiza statystyczna również nie wykazała znamiennych różnic (Tabela V).

Tabela V. Rozkład wieku kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	Wiek (lata)										Razem (n)	p
	20-24		25-29		30-34		35-39		≥40			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
łódzkie	3	5,6	16	29,6	26	48,1	8	14,8	1	1,9	54	0,719
mazowieckie	4	1,7	74	30,8	103	42,9	49	20,4	10	4,2	240	
pomorskie	1	2,7	9	24,3	19	51,4	8	21,6	0	0,0	37	
śląskie	2	4,9	13	31,7	16	39,0	7	17,1	3	7,3	41	
wielkopolskie	2	1,3	54	36,0	62	41,3	27	18,0	5	3,3	150	
zachodniopomorskie	0	0,0	7	31,8	8	36,4	7	31,8	0	0,0	22	
dolnośląskie	0	0,0	3	17,6	8	47,1	6	35,3	0	0,0	17	
podlaskie	0	0,0	4	20,0	12	60,0	3	15,0	1	5,0	20	
Razem	12	2,1	180	31,0	254	43,7	115	19,8	20	3,4	581	

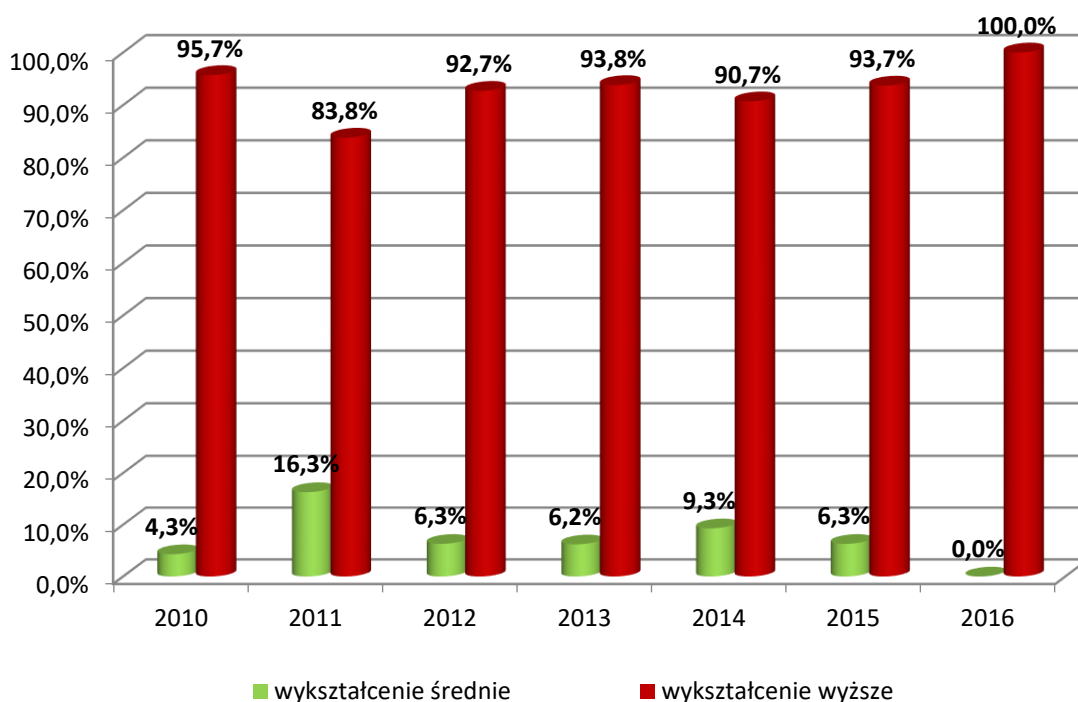


Ryc. 4. Rozkład wieku kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Poziom wykształcenia kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli VI. Analiza statystyczna nie wykazała w tym zakresie znamienych różnic. Najczęściej na poród domowy decydowały się kobiety z wykształceniem wyższym: od 83,8% w roku 2011 do 100% w roku 2016 (Ryc. 5).

Tabela VI. Poziomu wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	Wykształcenie				Razem	p
	Średnie		Wyższe			
	n	%	n	%		
2010	4	4,3	89	95,7	93	0,070
2011	13	16,3	67	83,8	80	
2012	6	6,3	89	93,7	95	
2013	5	6,2	76	93,8	81	
2014	10	9,3	98	90,7	108	
2015	7	6,3	104	93,7	111	
2016	0	0,0	10	100,0	10	
Razem	45	7,8	533	92,1	579	

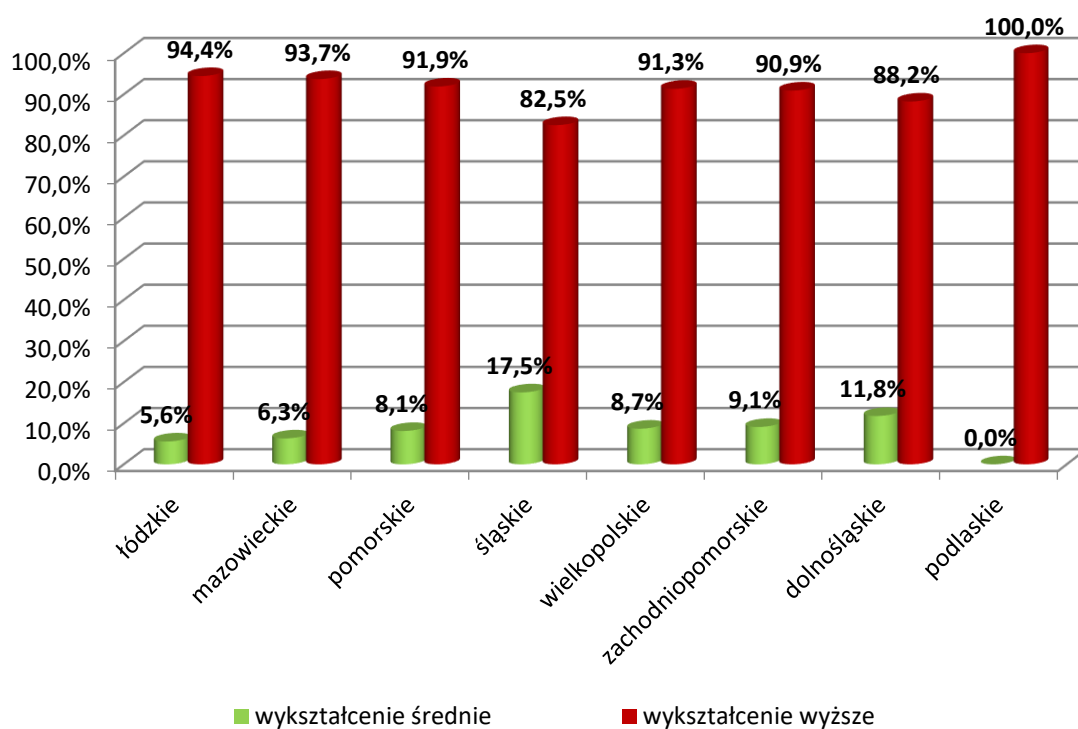


Ryc. 5. Poziom wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Poziom wykształcenia kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli VII. Analiza statystyczna również w tym przypadku nie wykazała znamiennych różnic międzygrupowych (Ryc. 6).

Tabela VII. Rozkład poziomu wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	Wykształcenie				Razem (n)	p
	Średnie		Wyższe			
	n	%	n	%		
łódzkie	3	5,56	51	94,44	54	0,279
mazowieckie	15	6,30	223	93,7	238	
pomorskie	3	8,11	34	91,89	37	
śląskie	7	17,5	33	82,5	40	
wielkopolskie	13	8,67	137	91,33	150	
zachodniopomorskie	2	9,09	20	90,91	22	
dolnośląskie	2	11,76	15	88,24	17	
podlaskie	0	0,00	20	100,0	20	
Razem	45	-	533	-	578	

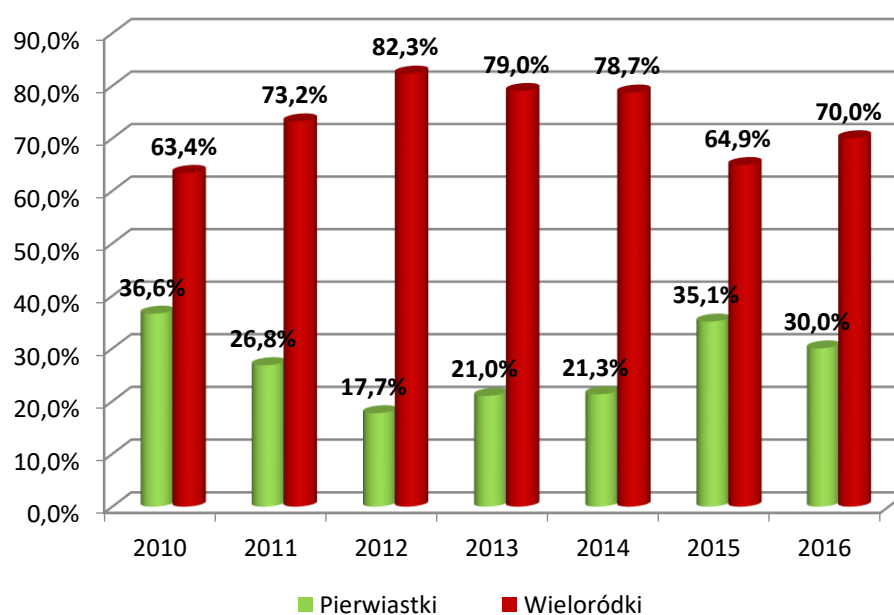


Ryc. 6. Poziom wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Znamiennie więcej wieloródek znajdowało się wśród kobiet włączonych do badania w 2010, 2011, 2015 i 2016 roku niż w latach 2012-2014 (Tabela VIII i Ryc. 7).

Tabela VIII. Udział pierwiastek i wieloródek wśród kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	Pierwiastka		Wieloródka		Razem (n)	p
	n	%	n	%		
2010	34	36,6	59	63,4	93	0,016
2011	22	26,8	60	73,2	82	
2012	17	17,7	79	82,3	96	
2013	17	21,0	64	79,0	81	
2014	23	21,3	85	78,7	108	
2015	39	35,1	72	64,9	111	
2016	3	30,0	7	70,0	10	
Razem	155	26,7	426	73,3	581	

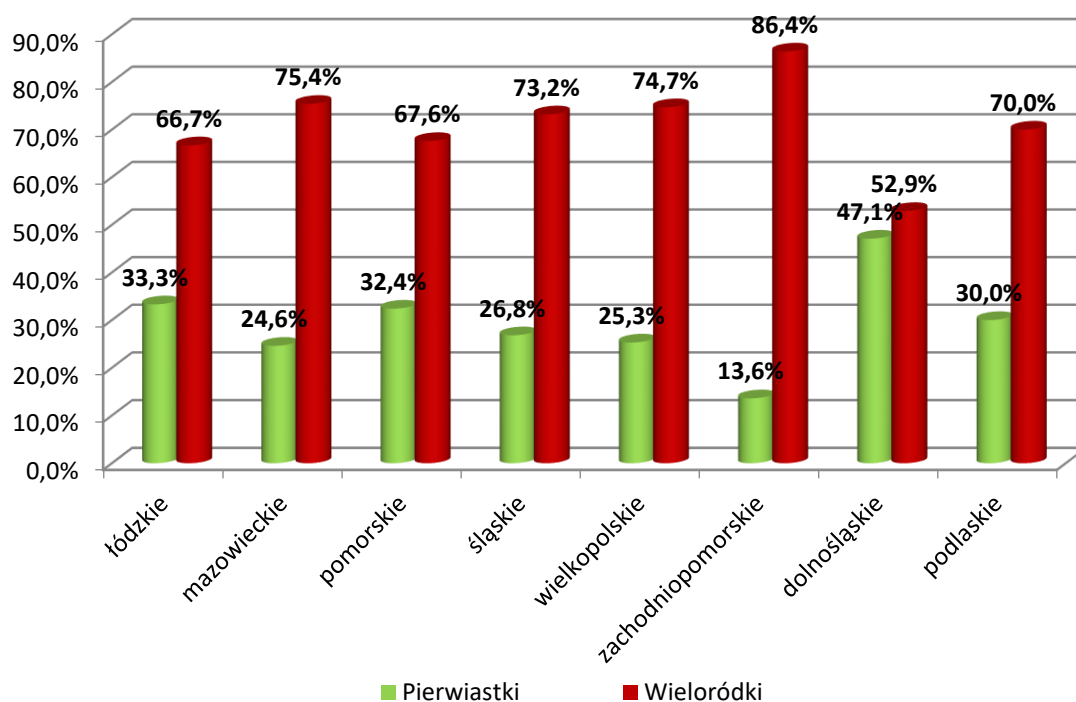


Ryc. 7. Udział pierwiastek i wieloródek wśród kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Udział pierwiastek i wieloródek wśród kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono na rycinie 8. Analiza statystyczna nie wykazała znamiennych różnic międzygrupowych w zakresie procentowego ich udziału (Tabela IX).

Tabela IX. Udział pierwiastek i wieloródek wśród kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	Pierwiastka		Wieloródka		Razem (n)	p
	n	%	n	%		
łódzkie	18	33,3	36	66,7	54	0,318
mazowieckie	59	24,6	181	75,4	240	
pomorskie	12	32,4	25	67,6	37	
śląskie	11	26,8	30	73,2	41	
wielkopolskie	38	25,3	112	74,7	150	
zachodniopomorskie	3	13,6	19	86,4	22	
dolnośląskie	8	47,1	9	52,9	17	
podlaskie	6	30,0	14	70,0	20	
Razem	155	26,7	426	73,3	581	



Ryc. 8. Udział pierwiastek i wieloródek wśród kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Analizę statystyczną liczby ciąż kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli X. Nie stwierdzono statystycznie znamiennej różnicy.

Tabela X. Liczba ciąż kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	93	2,3	1,4	2	1	8	0,121
2011	82	2,6	1,7	2	1	9	
2012	96	2,4	1,1	2	1	8	
2013	81	2,8	1,6	3	1	9	
2014	108	2,6	1,2	2	1	7	
2015	111	2,4	1,4	2	1	6	
2016	10	2,6	1,4	2,5	1	5	
Razem	581	2,5	1,4	2	1	9	

Liczbę ciąż kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XI. Nie wykazano statystycznie znamiennej różnicy pomiędzy grupami.

Tabela XI. Liczba ciąż kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
łódzkie	54	2,2	1,1	2	1	6	0,248
mazowieckie	240	2,7	1,5	2	1	9	
pomorskie	37	2,1	1,1	2	1	6	
śląskie	41	2,6	1,8	2	1	9	
wielkopolskie	150	2,5	1,3	2	1	6	
zachodniopomorskie	22	2,7	1,3	3	1	7	
dolnośląskie	17	2,5	1,5	2	1	6	
podlaskie	20	2,4	1,3	2	1	5	
Razem	581	2,5	1,4	2	1	9	

Liczbę porodów u kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli XII. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic pomiędzy grupami.

Tabela XII. Liczba porodów u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	93	2,2	1,3	2	1	7	0,084
2011	82	2,4	1,4	2	1	7	
2012	96	2,3	0,9	2	1	6	
2013	81	2,6	1,4	2	1	9	
2014	108	2,4	1,1	2	1	6	
2015	111	2,2	1,2	2	1	6	
2016	10	2,5	1,4	2,5	1	5	
Razem	581	2,3	1,2	2	1	9	

Liczbę porodów u kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XIII. W analizie statystycznej nie stwierdzono znamiennych różnic.

Tabela XIII. Liczba porodów u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
łódzkie	54	2,1	1,0	2	1	5	0,200
mazowieckie	240	2,4	1,3	2	1	7	
pomorskie	37	1,9	0,9	2	1	5	
śląskie	41	2,5	1,6	2	1	9	
wielkopolskie	150	2,3	1,1	2	1	6	
zachodniopomorskie	22	2,6	1,3	2	1	7	
dołnośląskie	17	1,9	1,2	2	1	5	
podlaskie	20	2,4	1,3	2	1	5	
Razem	581	2,3	1,2	2	1	9	

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli XIV. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic grupowych w zakresie analizowanej zmiennej.

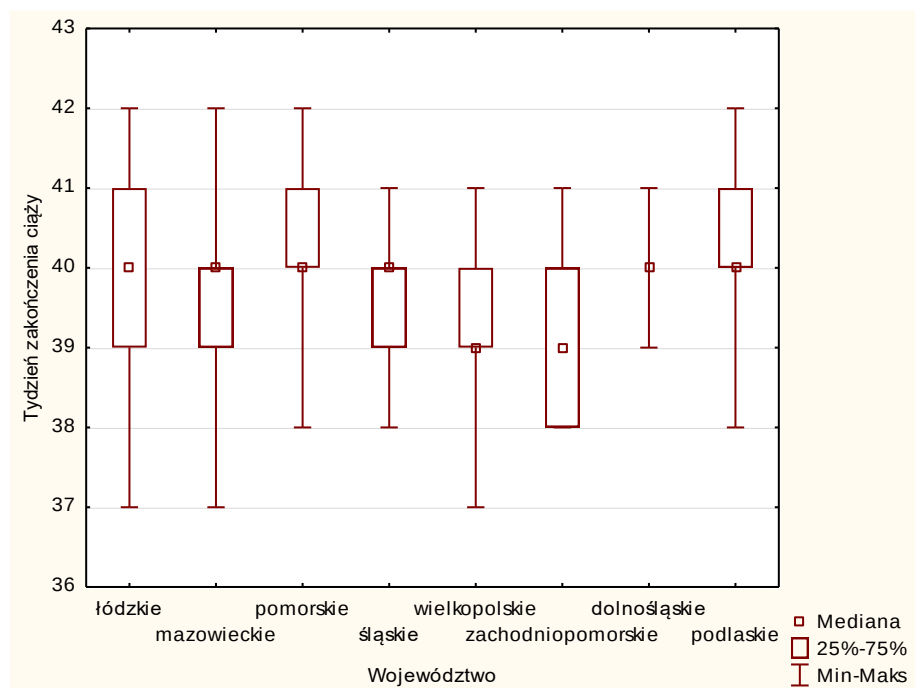
Tabela XIV. Tygodnie ciąży w którym doszło do porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	93	39,6	1,1	39	37	42	0,645
2011	82	39,5	1,3	40	37	42	
2012	61	39,6	0,9	40	37	41	
2013	64	39,7	1,0	40	38	41	
2014	95	39,6	0,9	40	37	42	
2015	96	39,5	1,0	40	37	41	
2016	10	40,1	1,1	40	38	42	
Razem	501	39,6	1,1	40	37	42	

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XV. Analiza statystyczna wykazała, że u kobiet z województwa wielkopolskiego i zachodniopomorskiego do porodu dochodziło istotnie wcześniej niż u badanych z pozostałych województw (Ryc. 9).

Tabela XV. Tygodnie ciąży w których doszło do porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	P
Łódzkie (I)	35	39,9	1,0	40	37	42	<0,001 I:V p=0,010 II:III p=0,004 II:V p=0,044 III:V p<0,001 III:VI p<0,001 V:VIII p=0,008 VI:VIII p=0,024
Mazowieckie (II)	188	39,6	1,1	40	37	42	
Pomorskie (III)	37	40,4	1,0	40	38	42	
Śląskie (IV)	41	39,7	0,7	40	38	41	
Wielkopolskie (V)	141	39,2	0,9	39	37	41	
Zachodniopomorskie (VI)	22	39,1	0,9	39	38	41	
Dolnośląskie (VII)	17	40,0	0,5	40	39	41	
Podlaskie (VIII)	20	40,2	1,0	40	38	42	
Razem	501	39,6	1,1	40	37	42	



Ryc. 9. Tydzień zakończenia ciąży u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u pierwsiatek włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli XVI. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic grupowych w zakresie analizowanej zmiennej.

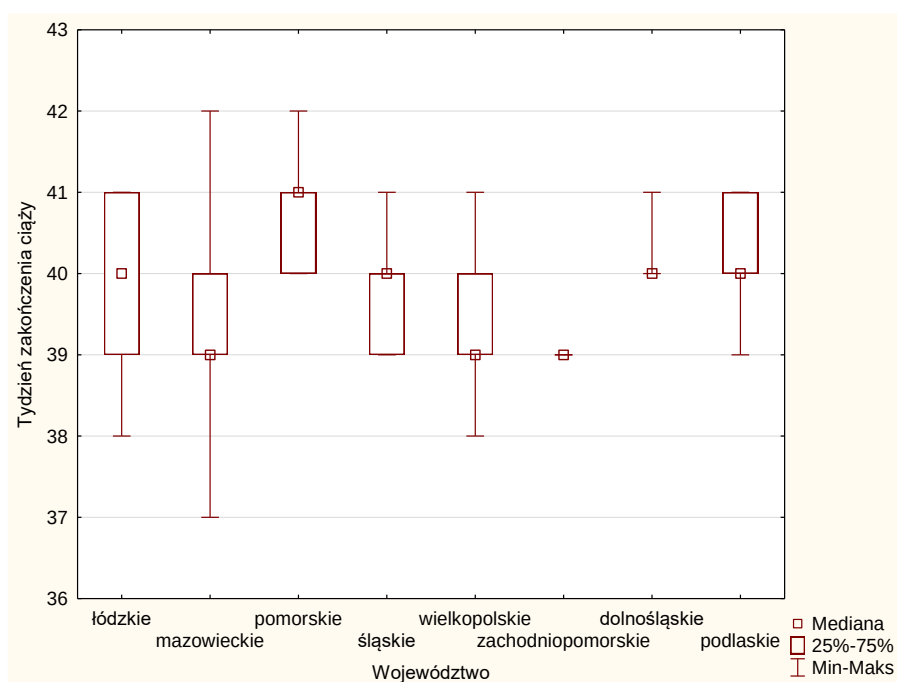
Tabela XVI. Tygodnie ciąży w których doszło do porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	34	39,5	1,0	39	37	42	0,784
2011	22	39,3	1,3	39	37	42	
2012	13	39,8	0,7	40	39	41	
2013	13	39,5	1,0	39	38	41	
2014	20	39,8	0,9	40	38	41	
2015	36	39,6	1,0	40	38	41	
2016	3	40,0	1,0	40	39	41	
Razem	141	39,6	1,0	40	37	42	

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u pierwsiatek włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XVII. Analiza statystyczna wykazała, że u pierwsiatek z województwa pomorskiego do porodu dochodziło istotnie później niż u badanych z województwa mazowieckiego i wielkopolskiego (Ryc. 10).

Tabela XVII. Tygodnie ciąży w których doszło do porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
łódzkie	15	40,1	1,0	40	38	41	<0,001
mazowieckie	49	39,2	1,1	39	37	42	
pomorskie	12	40,7	0,7	41	40	42	
śląskie	11	39,6	0,7	40	39	41	
wielkopolskie	37	39,2	0,9	39	38	41	
zachodniopomorskie	3	39,0	0,0	39	39	39	
dolnośląskie	8	40,1	0,4	40	40	41	
podlaskie	6	40,2	0,8	40	39	41	
Razem	141	39,6	1,0	40	37	42	



Ryc. 10. Tydzień zakończenia ciąży u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u wieloródek włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli XVIII. Nie stwierdzono statystycznie znamiennych różnic grupowych w zakresie analizowanej zmiennej.

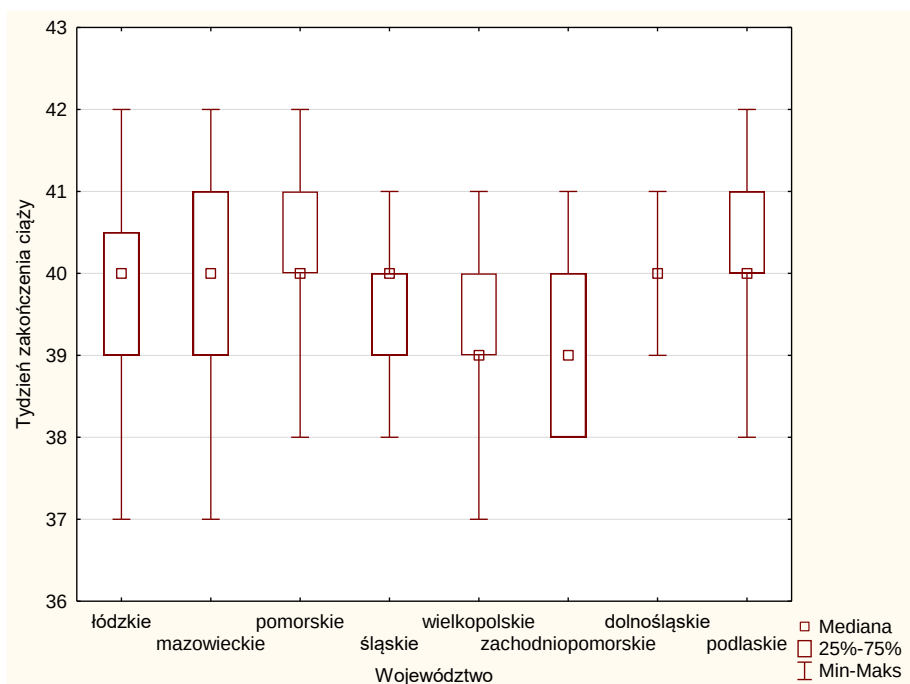
Tabela XVIII. Tydzień ciąży w którym doszło do porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
2010	59	39,6	1,2	40	37	42	0,757
2011	60	39,6	1,3	40	37	42	
2012	48	39,6	1,0	40	37	41	
2013	51	39,7	1,0	40	38	41	
2014	75	39,6	0,9	40	37	42	
2015	60	39,5	1,0	40	37	41	
2016	7	40,1	1,2	40	38	42	
Razem	360	39,6	1,1	40	37	42	

Tygodnie ciąży, w których doszło do porodu u wieloródek włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XIX. Analiza statystyczna wykazała, że u wieloródek z województwa wielkopolskiego i zachodniopomorskiego do porodu dochodziło istotnie wcześniej niż u badanych z pozostałych województw (Ryc. 11).

Tabela XIX. Tydzień ciąży w którym doszło do porodu wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Województwo	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
łódzkie	20	39,9	1,1	40	37	42	<0,001
mazowieckie	139	39,7	1,1	40	37	42	
pomorskie	25	40,2	1,1	40	38	42	
śląskie	30	39,7	0,8	40	38	41	
wielkopolskie	104	39,2	1,0	39	37	41	
zachodniopomorskie	19	39,1	1,0	39	38	41	
dolnośląskie	9	39,9	0,6	40	39	41	
podlaskie	14	40,1	1,2	40	38	42	
Razem	360	39,6	1,1	40	37	42	



Ryc. 11. Tydzień zakończenia ciąży u wieloródek włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Wyniki testu na obecność paciorkowca z grupy *Streptococcus agalactie* z grupy B (GBS) u kobiet włączonych do badania w kolejnych latach przedstawiono w tabeli XX. Analiza statystyczna nie wykazała znamienych różnic międzygrupowych w rozkładzie wyników testu na obecność GBS.

Tabela XX. Wyniki testu na obecność paciorkowca z grupy *Streptococcus agalactie* z grupy B u kobiet włączonych do badania w kolejnych latach.

Rok	GBS (-)		GBS (+)		Razem (n)	p
	n	%	n	%		
2010	86	92,5	7	7,5	93	0,124
2011	70	85,4	12	14,6	82	
2012	83	86,5	13	13,5	96	
2013	64	79,0	17	21,0	81	
2014	87	80,6	21	19,4	108	
2015	90	81,1	21	18,9	111	
2016	7	70,0	3	30,0	10	
Razem	487	83,8	94	16,2	581	

Wyniki testu na obecność GBS u kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli XXI. Analiza statystyczna nie wykazała znamiennych różnic międzygrupowych w rozkładzie wyników testu na obecność GBS.

Tabela XXI. Rozkład wyników testu na obecność paciorkowca z grupy *Streptococcus agalactie* z grupy B u kobiet włączonych do badania w poszczególnych województwach.

Województwo	GBS (-)		GBS (+)		Razem (n)	p
	n	%	n	%		
łódzkie	47	87,0	7	13,0	54	0,430
mazowieckie	201	83,8	39	16,3	240	
pomorskie	31	83,8	6	16,2	37	
śląskie	31	75,6	10	24,4	41	
wielkopolskie	126	84,0	24	16,0	150	
zachodniopomorskie	19	86,4	3	13,6	22	
dolnośląskie	17	100,0	0	0,0	17	
podlaskie	15	75,0	5	25,0	20	
Razem	487	83,8	94	16,2	581	

1.2. Analiza porodów domowych

1.2.1. Czas trwania poszczególnych okresów porodu

Zgodnie z oczekiwaniami w podgrupie pierwsiastek czas trwania I i II okresu porodu oraz całego porodu ogółem okazał się być znamienne dłuższy niż w przypadku wieloródek. Porównanie czasu trwania III okresu porodu w badanych grupach nie wykazało różnic istotnych statystycznie (Tabela XXII).

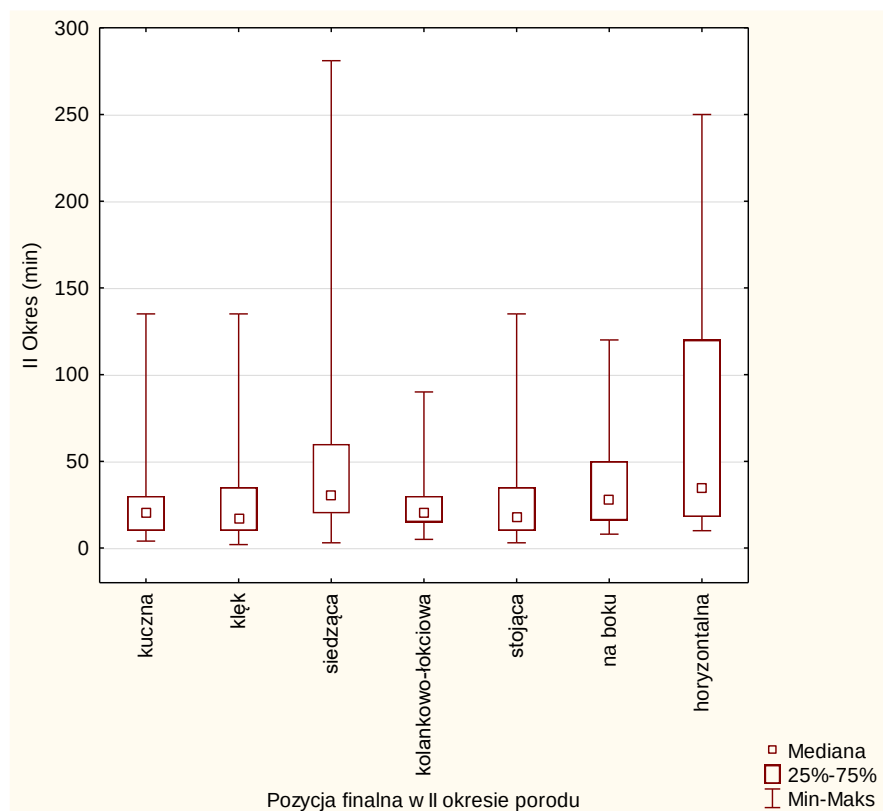
Tabela XXII. Czas trwania poszczególnych okresów porodu u pierwsiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Okres	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
I	pierwiaszka	138	462,85	198,87	450	30	1500	<0,001
	wieloródka	342	260,69	146,28	240	30	965	
II	pierwiaszka	138	61,93	44,81	50	5	281	<0,001
	wieloródka	342	20,51	14,86	15	2	118	
III	pierwiaszka	135	24,23	19,83	20	2	150	0,384
	wieloródka	345	24,53	24,91	15	3	315	
I+II+III	pierwiaszka	135	550,71	213,59	530	65	1554	<0,001
	wieloródka	340	303,60	148,65	280	80	1001	

Czas trwania I i II okresu porodu oraz czas trwania porodu ogółem w podgrupie kobiet, które rodziły w pozycjach siedzących i horyzontalnych okazał się być znamienne dłuższy niż wśród kobiet, które rodziły w pozycjach wertykalnych. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic międzygrupowych w zakresie czasu trwania III okresu porodu (Tabela XXIII, Ryc. 12).

Tabela XXIII. Czas trwania poszczególnych okresów porodu w zależności od wybranej pozycji finalnej rodzących w warunkach domowych.

Okres	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
I	kuczna	92	322,47	191,67	270	30	860	0,001
	klęk	119	266,23	161,76	240	30	790	
	siedząca	130	369,77	188,31	345	45	1110	
	kolankowo-łokciowa	62	293,35	159,08	252,5	60	965	
	stojąca	43	312,60	238,08	270	90	1500	
	na boku	27	356,96	164,52	360	120	720	
	horyzontalna	7	334,71	241,32	360	60	615	
II	kuczna	92	28,29	27,13	20	4	135	<0,001
	klęk	119	26,54	24,65	17	2	135	
	siedząca	130	43,30	42,62	30	3	281	
	kolankowo-łokciowa	62	25,48	15,77	20	5	90	
	stojąca	43	25,42	25,03	18	3	135	
	na boku	27	35,07	26,32	28	8	120	
	horyzontalna	7	78,71	86,78	35	10	250	
III	kuczna	94	19,50	11,27	15	5	80	0,106
	klęk	119	29,00	34,38	20	4	315	
	siedząca	128	25,45	20,23	20	2	150	
	kolankowo-łokciowa	62	19,95	16,22	15	5	89	
	stojąca	43	26,79	26,57	15	4	120	
	na boku	27	22,56	18,08	15	3	60	
	horyzontalna	7	27,86	18,68	15	10	55	
I+II+III	kuczna	92	370,17	206,36	322,5	65	915	<0,001
	klęk	117	313,33	166,97	280	80	820	
	siedząca	128	440,18	216,30	410	105	1385	
	kolankowo-łokciowa	62	338,79	159,55	315	105	1001	
	stojąca	43	364,81	244,85	325	117	1554	
	na boku	26	412,65	181,37	425	155	795	
	horyzontalna	7	441,29	263,63	433	85	768	

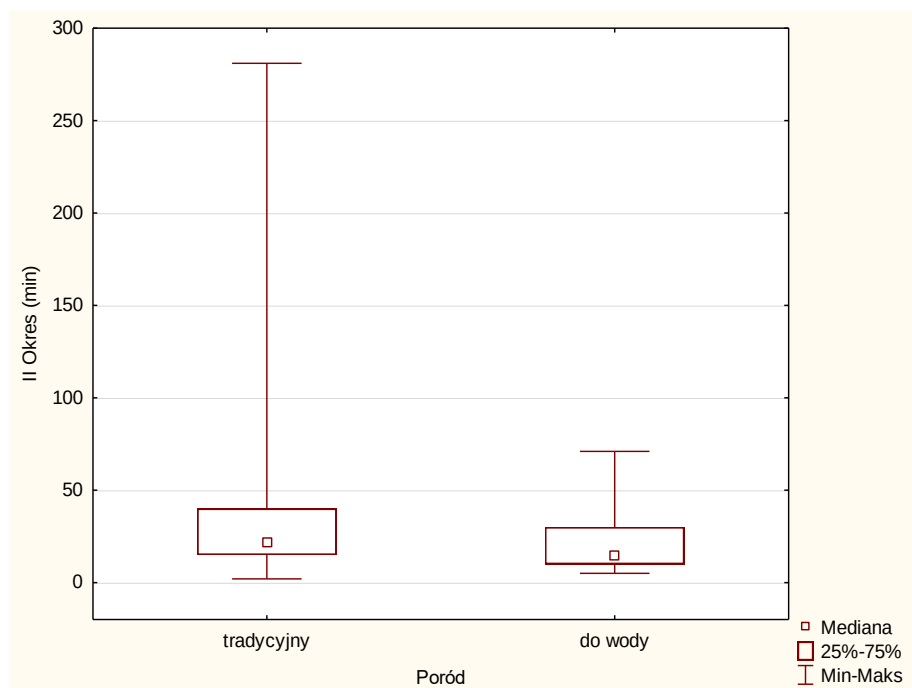


Ryc. 12. Czas trwania II okresu porodu w zależności od wybranej pozycji finalnej u rodzących w warunkach domowych.

Czas trwania II okresu porodu oraz czas całego porodu ogółem w podgrupie kobiet, które rodziły w sposób tradycyjny okazał się być znacząco dłuższy niż wśród kobiet, które rodziły do wody (Tabela XXIV, Ryc. 13).

Tabela XXIV. Czas trwania poszczególnych okresów porodu tradycyjnego i do wody u rodzących w warunkach domowych.

Okres	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
I	tradycyjny	423	323,89	188,64	300	30	1500	0,084
	do wody	57	281,14	170,29	240	30	790	
II	tradycyjny	423	33,87	34,32	22	2	281	0,004
	do wody	57	21,63	16,00	15	5	71	
III	tradycyjny	421	24,00	19,49	18	2	150	0,282
	do wody	59	27,68	42,74	15	5	315	
I+II+III	tradycyjny	418	379,92	205,34	340,5	80	1554	0,044
	do wody	57	329,14	178,90	273	65	820	

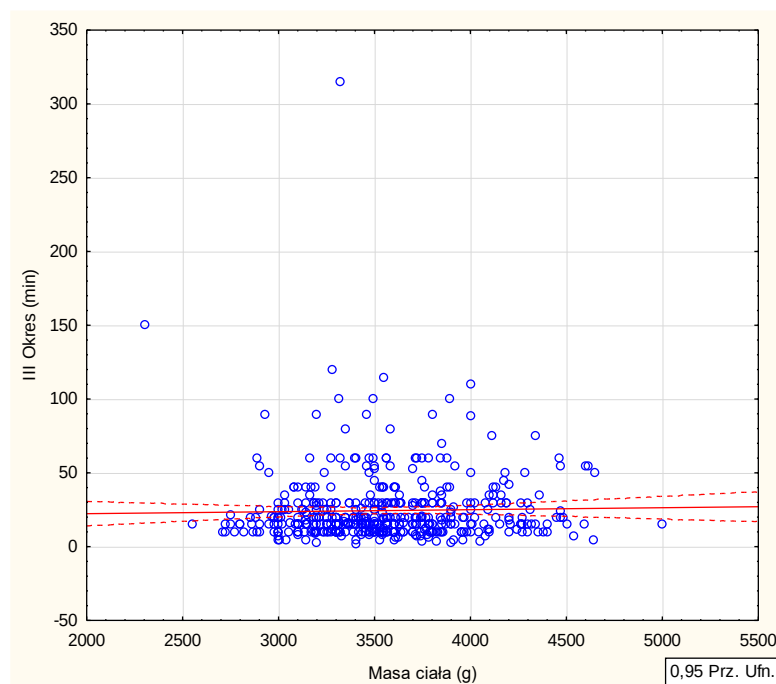


Ryc. 13. Czas trwania II okresu porodu tradycyjnego i do wody u rodzących w warunkach domowych.

Nie stwierdzono występowania statystycznie znamiennej zależności pomiędzy masą urodzeniową noworodka a czasem trwania poszczególnych okresów porodu. Jedyny wyjątek stanowił czas trwania III okresu porodu, który wydłużał się nieznacznie wraz ze wzrostem masy urodzeniowej noworodka (Tabela XXV, Ryc. 14).

Tabela XXV. Współczynniki korelacji rang Spearmana (R) pomiędzy masą urodzeniową noworodka a czasem trwania poszczególnych okresów porodu u rodzących w warunkach domowych.

Okres	N	R	p
I	479	-0,009	0,851
II	479	0,021	0,645
III	479	0,078	0,090
I+II+III	474	0,004	0,928

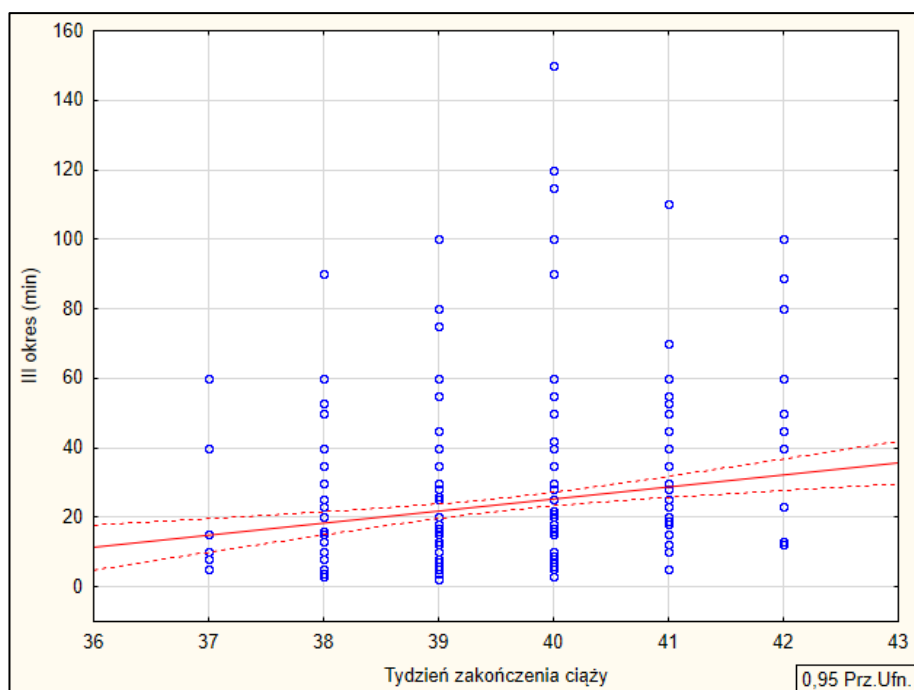


Ryc. 14. Zależność pomiędzy masą urodzeniową noworodka a czasem trwania III okresu porodu u rodzących w warunkach domowych.

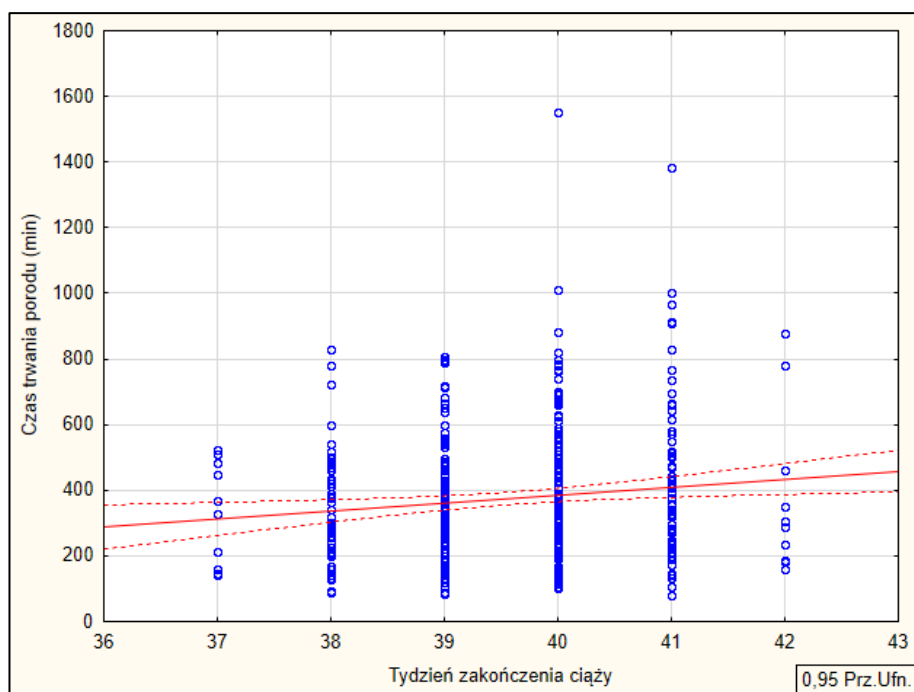
Wykazano statystycznie istotną dodatnią korelację pomiędzy tygodniem zakończenia ciąży a czasem trwania III okresu porodu; innymi słowy, im później dochodziło do porodu, tym dłużej trwał jego III okres. Podobną zależność-choć jedynie na pograniczu istotności statystycznej-stwierdzono dla czasu trwania całego porodu. Nie wykazano istnienia statystycznie znamiennych korelacji pomiędzy tygodniem zakończenia ciąży a czasem trwania I i II okresu porodu (Tabela XXVI, Ryc. 15 i 16).

Tabela XXVI. Współczynniki korelacji rang Spearmana (R) pomiędzy tygodniem ciąży a czasem trwania poszczególnych okresów porodu u rodzących w warunkach domowych.

Okres	N	R	p
I	435	0,069	0,148
II	435	0,038	0,429
III	435	0,175	<0,001
I+II+III	430	0,093	0,053



Ryc. 15. Zależność pomiędzy tygodniem ciąży a czasem trwania III okresu porodu u rodzących w warunkach domowych.



Ryc. 16. Zależność pomiędzy tygodniem ciąży a czasem trwania porodu u rodzących w warunkach domowych.

1.2.2. Obrażenia krocza

Nie wykazano statystycznie znamiennych różnic w masie urodzeniowej noworodków, u których matek w trakcie porodu doszło do różnego rodzaju obrażeń krocza (Tabela XXVII).

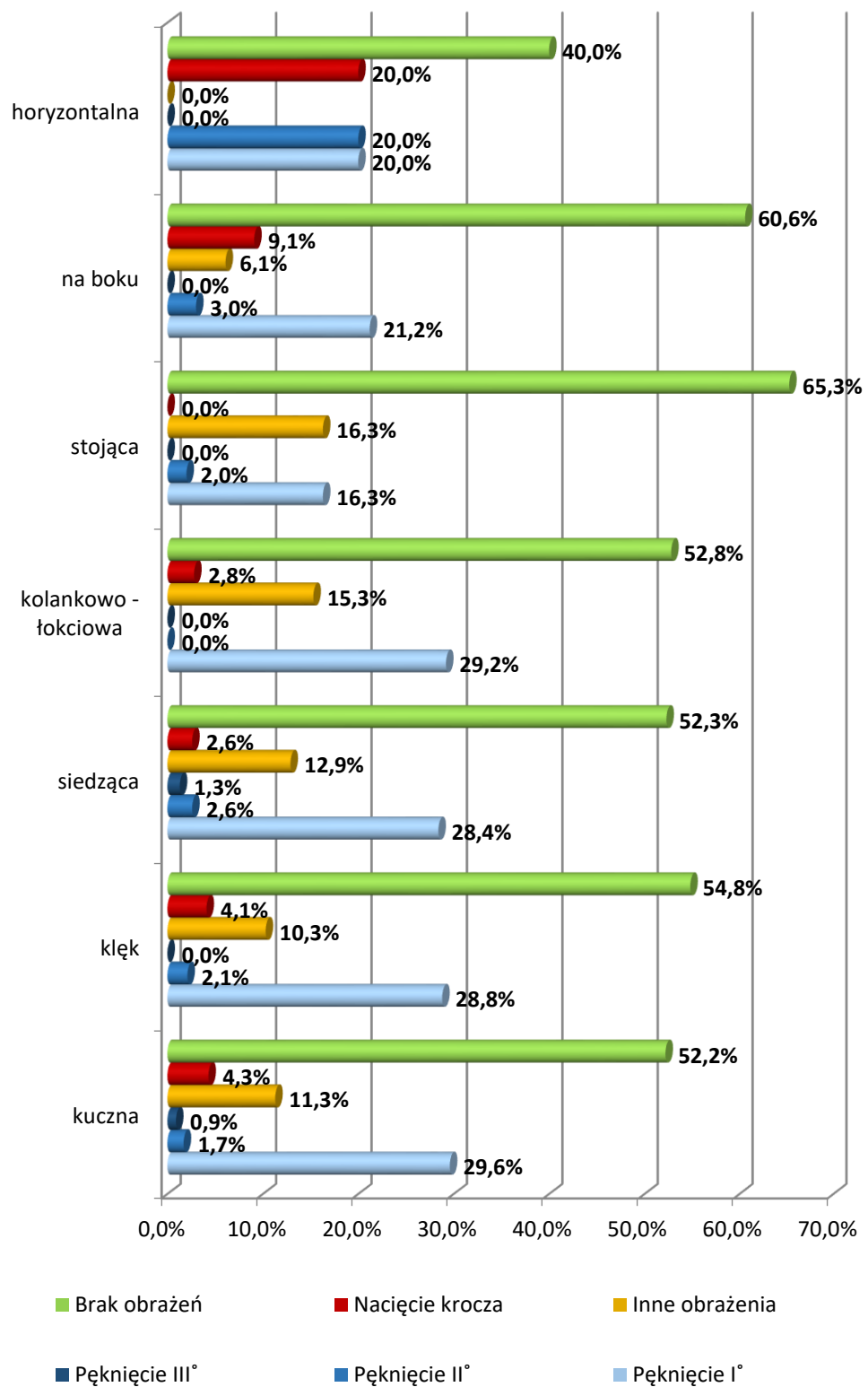
Tabela XXVII. Zależność występowania obrażeń krocza od masy urodzeniowej noworodka u rodzących w warunkach domowych.

Zmienna	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Pęknięcie I°	158	3605,48	369,10	3600	2725	4650	0,121
Pęknięcie II°	13	3565,00	494,55	3470	2950	4470	
Pęknięcie III°	3	3286,67	429,11	3080	3000	3780	
Inne obrażenia	69	3438,19	391,52	3430	2300	4640	
Nacięcie krocza	22	3661,14	376,46	3620	3100	4400	
Brak obrażeń	315	3541,33	418,46	3500	2550	5000	

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy pozycją finalną przyjmowaną przez rodzącą w II okresie porodu a częstością występowania obrażeń krocza. Tym niemniej, wśród kobiet rodzących w pozycji horyzontalnej odnotowano tendencję do częstszego występowania obrażeń krocza niż w pozostałych grupach, w szczególności nacięcia krocza i pęknięcia 2 stopnia (Tabela XXVIII, Ryc. 17). Godnym podkreślenia jest także mniejsza liczba obrażeń krocza w przypadku porodu w pozycji stojącej.

Tabela XXVIII. Częstość występowania obrażeń krocza w zależności od pozycji finalnej w II okresie porodu u rodzących w warunkach domowych.

Pozycja	Pęknięcie I°		Pęknięcie II°		Pęknięcie III°		Inne obrażenia		Nacięcie krocza		Brak obrażeń		Razem (n)	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Kuczna	34	29,6	2	1,7	1	0,9	13	11,3	5	4,3	60	52,2	115	0,083
Kłęk	42	28,8	3	2,1	0	0,0	15	10,3	6	4,1	80	54,8	146	
Siedząca	44	28,4	4	2,6	2	1,3	20	12,9	4	2,6	81	52,3	155	
Kolankowo-łokciowa	21	29,2	0	0,0	0	0,0	11	15,3	2	2,8	38	52,8	72	
Stojąca	8	16,3	1	2,0	0	0,0	8	16,3	0	0,0	32	65,3	49	
Na boku	7	21,2	1	3,0	0	0,0	2	6,1	3	9,1	20	60,6	33	
Horyzontalna	2	20,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	4	40,0	10	
Razem	158	27,2	13	2,2	3	0,5	69	11,9	22	3,8	315	54,3	580	

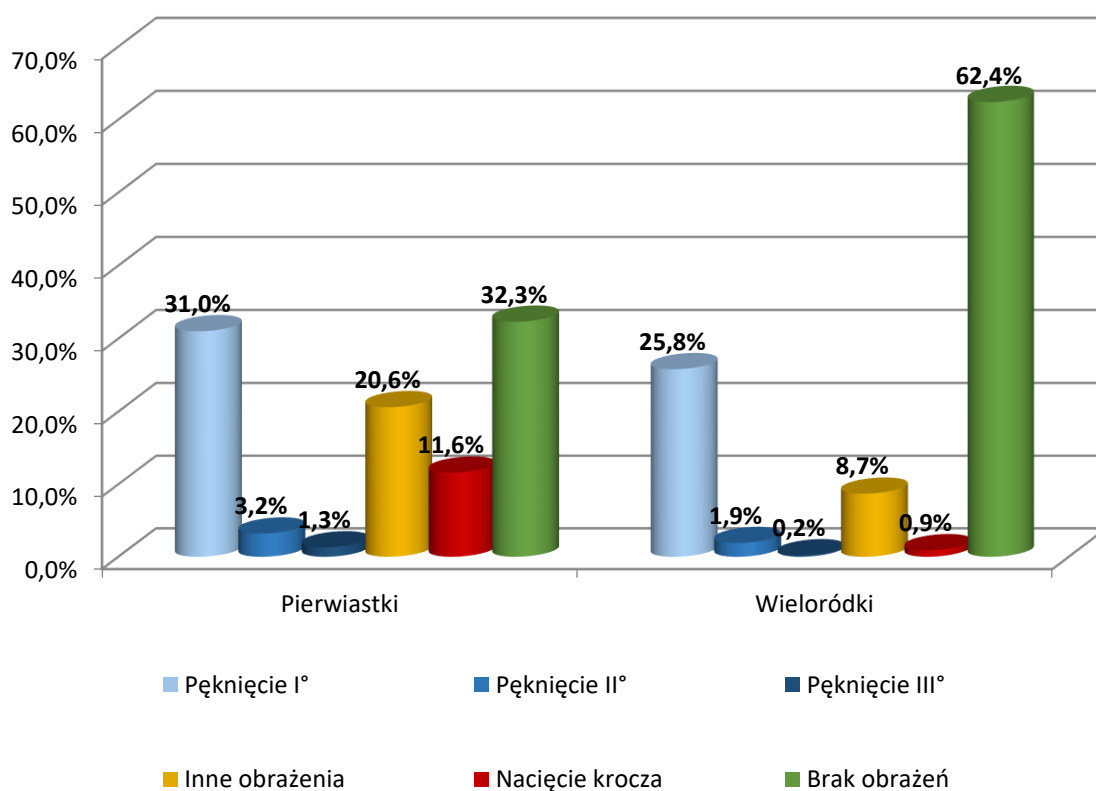


Ryc. 17. Częstość występowania obrażeń krocza w zależności od pozycji finalnej w II okresie porodu u rodzących w warunkach domowych.

W podgrupie pierwiastek obrażenia krocza (ogółem jak i w poszczególnych typach) występowały znacznie częściej niż wśród wieloródek (Tabela XXIX, Ryc. 18).

Tabela XXIX. Częstość występowania obrażeń krocza u pierwiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Grupa	Pęknięcie I°		Pęknięcie II°		Pęknięcie III°		Inne obrażenia		Nacięcie krocza		Brak obrażeń		Razem (n)	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Pierwiastka	48	31,0	5	3,2	2	1,3	32	20,6	18	11,6	50	32,3	155	<0,001
Wieloródka	110	25,8	8	1,9	1	0,2	37	8,7	4	0,9	266	62,4	426	
Razem	158	27,2	13	2,2	3	0,5	69	11,9	22	3,8	316	54,4	581	



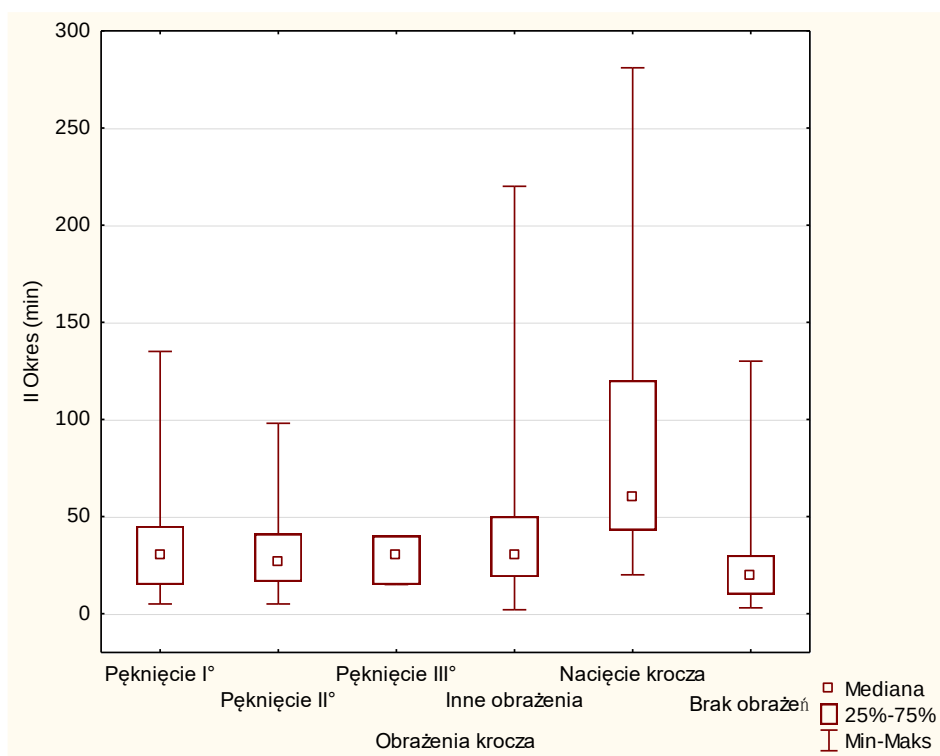
Ryc. 18. Częstość występowania obrażeń krocza u pierwiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Czas trwania II okresu porodu w podgrupie kobiet, u których doszło do obrażeń krocza w typie innym niż pęknięcie, był istotnie dłuższy niż u rodzących, u których obrażenia krocza nie wystąpiły ($p=0,002$) oraz znacznie krótszy niż w przypadku badanych, u których

wykonano nacięcie krocza ($p=0,025$). Czas trwania II okresu porodu w podgrupie kobiet, u których wykonano nacięcie krocza, był istotnie dłuższy niż u rodzących, u których obrażenia krocza nie wystąpiły ($p<0,001$) (Tabela XXX, Ryc. 19).

Tabela XXX. Czas trwania II okresu porodu w zależności od występowania obrażeń krocza u rodzących w warunkach domowych.

Zmienna	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Pęknięcie I°	125	36,05	31,4	30	5	135	<0,001
Pęknięcie II°	12	34,33	28,4	27	5	98	
Pęknięcie III°	3	28,33	12,6	30	15	40	
Inne obrażenia	55	41,85	42,7	30	2	220	
Nacięcie krocza	21	84,52	69,6	60	20	281	
Brak obrażeń	264	24,55	20,6	20	3	130	

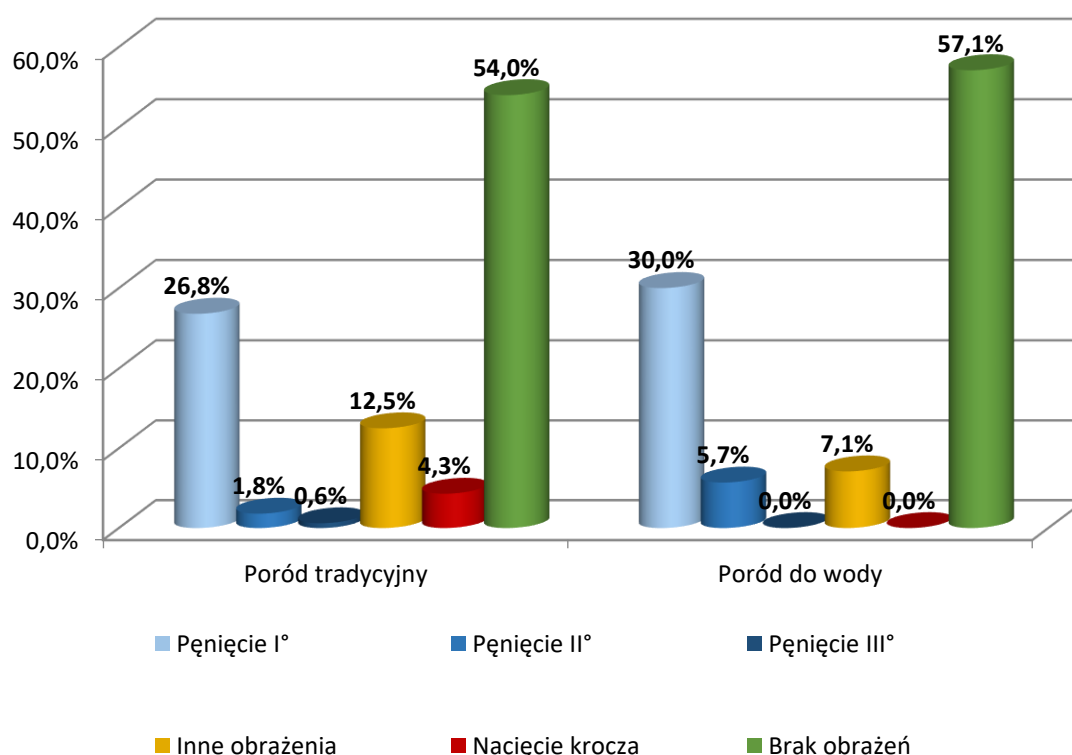


Ryc. 19. Czas trwania II okresu porodu w zależności od występowania obrażeń krocza u rodzących w warunkach domowych.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy sposobem porodu a częstością występowania obrażeń krocza. Tym niemniej, wśród kobiet rodzących sposobem tradycyjnym zaobserwowano tendencję do częstszego występowania innych obrażeń krocza niż pęknięcie, a także nacięcia krocza w stosunku do kobiet rodzących w wodzie (Tabela XXXI, Ryc. 20).

Tabela XXXI. Częstość występowania obrażeń krocza podczas porodu tradycyjnego i do wody u rodzących w warunkach domowych.

Poród	Pęknięcie 1°		Pęknięcie 2°		Pęknięcie 3°		Inne obrażenia		Nacięcie krocza		Brak obrażeń		Razem (n)	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Tradycyjny	137	26,8	9	1,8	3	0,6	64	12,5	22	4,3	276	54,0	511	0,088
Do wody	21	30,0	4	5,7	0	0,0	5	7,1	0	0,0	40	57,1	70	
Razem	158	27,2	13	2,2	3	0,5	69	11,9	22	3,8	316	54,4	581	



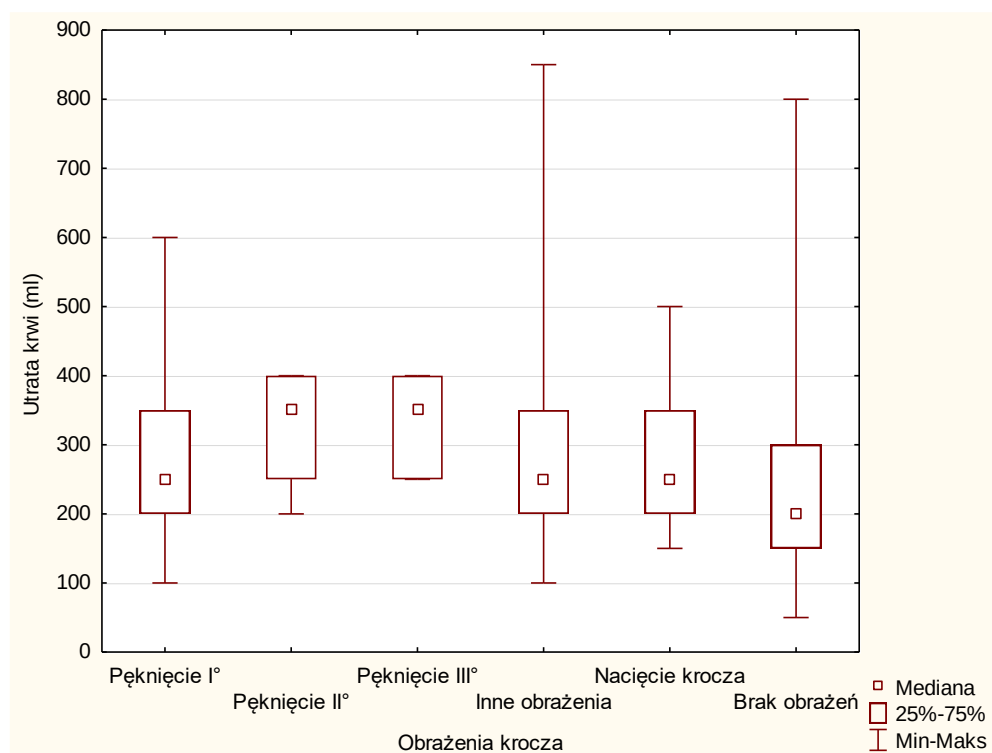
Ryc. 20. Częstość występowania obrażeń krocza podczas porodu tradycyjnego i do wody u rodzących w warunkach domowych.

1.2.3. Utrata krwi podczas porodu

Objętość utraconej krwi w podgrupie kobiet, u których nie doszło do obrażeń krocza okazała się być istotnie mniejsza niż u rodzących, u których doszło do pęknięcia krocza I⁰ (p=0,03) oraz pęknięcia krocza II⁰ (p=0,04) (Tabela XXXII, Ryc. 21).

Tabela XXXII. Objętość utraconej krwi (ml) w zależności od rodzaju poporodowych obrażeń krocza u rodzących w warunkach domowych.

Obrażenia	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Pęknięcie 1°	158	268,0	103,5	250	100	600	<0,001
Pęknięcie 2°	13	315,4	80,1	350	200	400	
Pęknięcie 3°	3	333,3	76,4	350	250	400	
Inne obrażenia	69	280,4	135,6	250	100	850	
Nacięcie krocza	22	290,9	92,1	250	150	500	
Brak obrażeń	315	239,1	106,8	200	50	800	

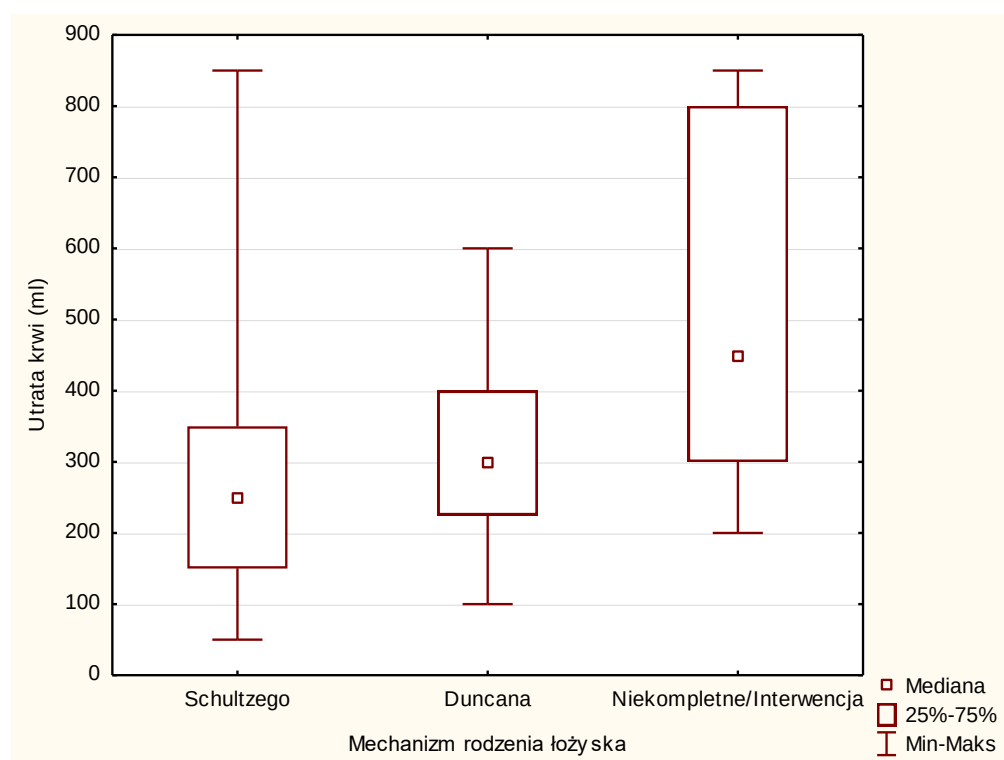


Ryc. 21. Objętość utraconej krwi (ml) w zależności od rodzaju poporodowych obrażeń krocza u rodzących w warunkach domowych.

Objętość utraconej krwi w podgrupie kobiet, u których łożysko rodziło się w mechanizmie Schultzego okazała się być istotnie mniejsza niż u kobiet, u których łożysko rodziło się w mechanizmie Duncana ($p=0,015$) oraz u pacjentek, u których stwierdzono niekompletne odklejenie się łożyska i/lub konieczne było postępowanie zabiegowe ($p=0,046$) (Tabela XXXIII, Ryc. 22).

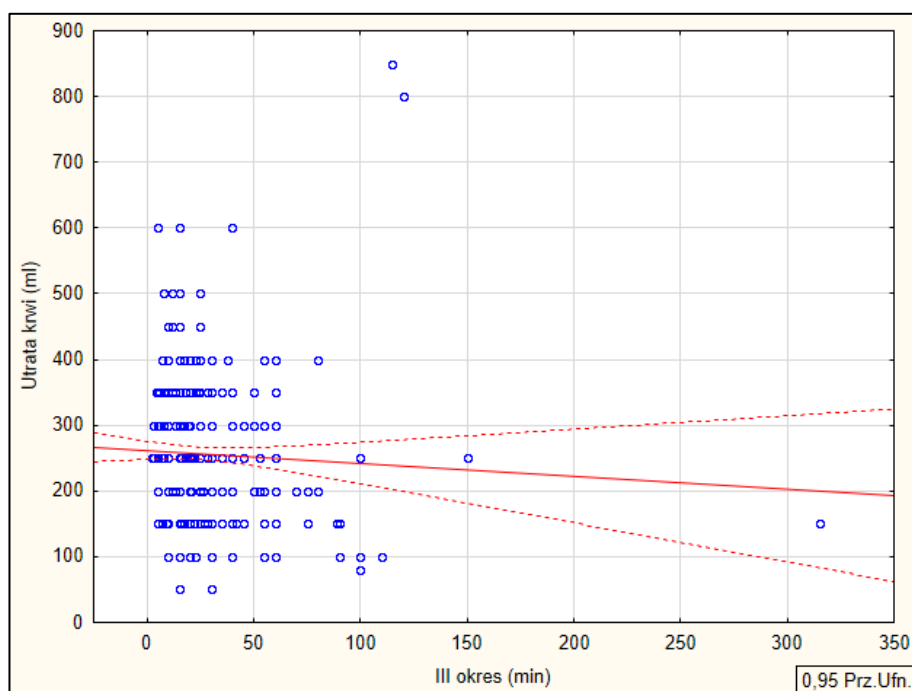
Tabela XXXIII. Objętości utraconej krwi (ml) w zależności od mechanizmu wydalenia łożyska rodzących w warunkach domowych.

Mechanizm	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Schultzego	537	249,2	101,3	250	50	850	0,001
Duncana	36	306,9	122,0	300	100	600	
Niekompletne/Interwencja	6	508,3	280,0	450	200	850	



Ryc. 22. Objętość utraconej krwi (ml) w zależności od mechanizmu wydalenia łożyska rodzących w warunkach domowych.

Wykazano występowanie statystycznie znaciennej odwrotnej korelacji pomiędzy czasem trwania 3 okresu porodu a objętością utraconej krwi ($R=-0,121$; $p=0,008$) (Ryc. 23).

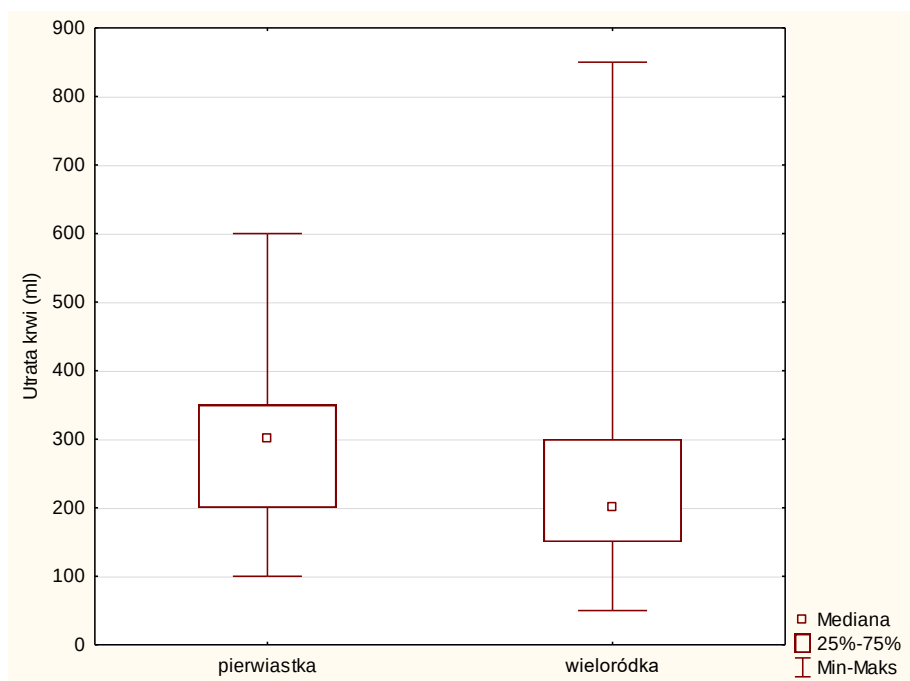


Ryc. 23. Zależność pomiędzy czasem trwania III okresu porodu a objętością utraconej krwi u rodzących w warunkach domowych.

Objętość utraconej krwi w podgrupie pierwiastek okazała się być istotnie większa niż u wieloródek (Tabela XXXIV, Ryc. 24).

Tabela XXXIV. Objętość utraconej krwi (ml) u pierwiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

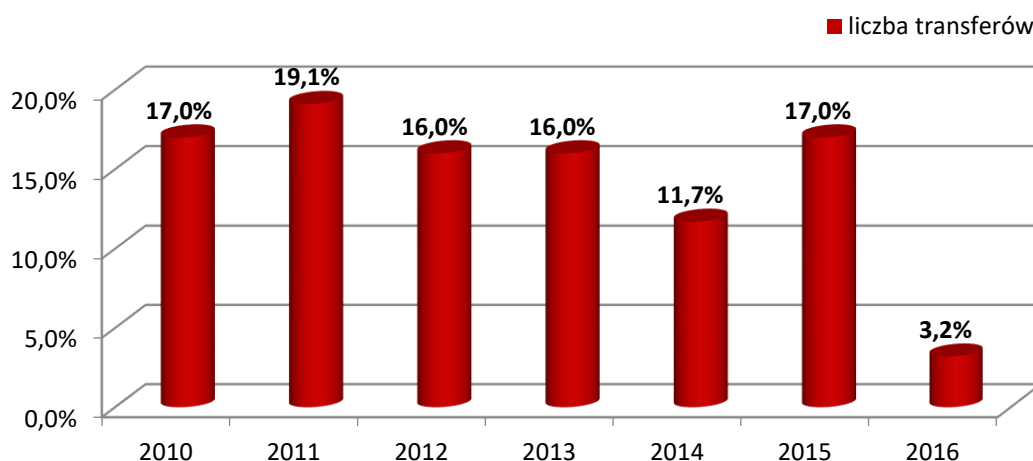
Zmienna	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Pierwiastki	155	290,6	94,6	300	100	600	<0,001
Wieloródki	425	243,5	112,8	200	50	850	



Ryc. 24. Objętość utraconej krwi (ml) u pierwiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

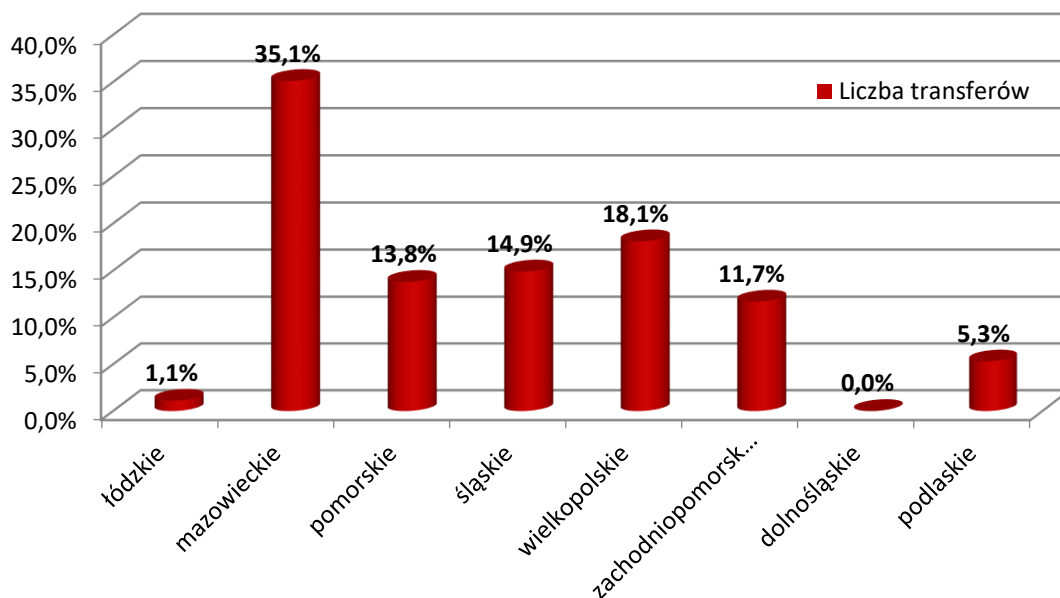
1.2.4. Transfery rodzących

Ogółem w analizowanym okresie odnotowano 94 transfery rodzących z domu do szpitala. Informacje o ich liczbie w poszczególnych analizowanych latach przedstawiono na rycinie 25.



Ryc. 25. Odsetek transferów rodzących z domu do szpitala w analizowanych latach.

Ponad 30% spośród wszystkich odnotowanych transferów miało miejsce w województwie mazowieckim. W okresie objętym badaniem nie odnotowano żadnego transferu rodzącej w województwie dolnośląskim (Ryc. 26).



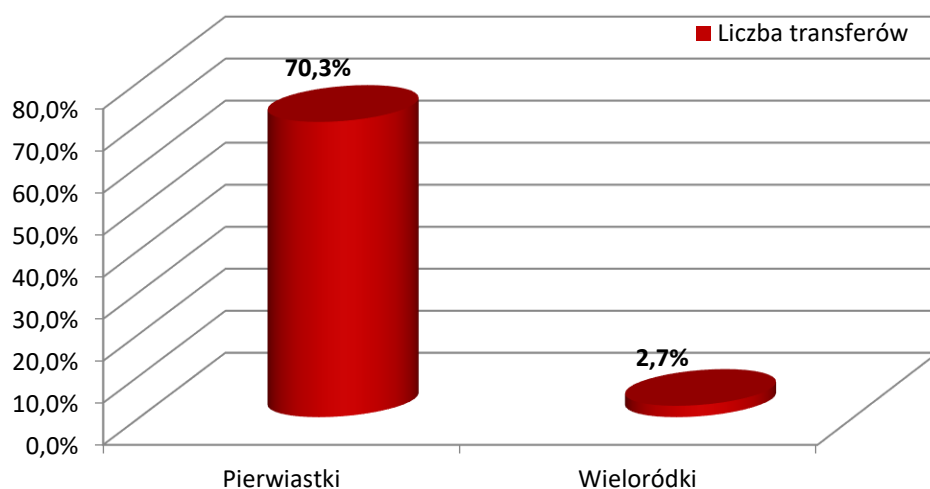
Ryc. 26. Odsetek transferów rodzących z domu do szpitala w poszczególnych województwach.

Informacja o wieku transferowanych kobiet była dostępna w 45 przypadkach (Tabela XXXV).

Tabela XXXV. Wiek transferowanych kobiet.

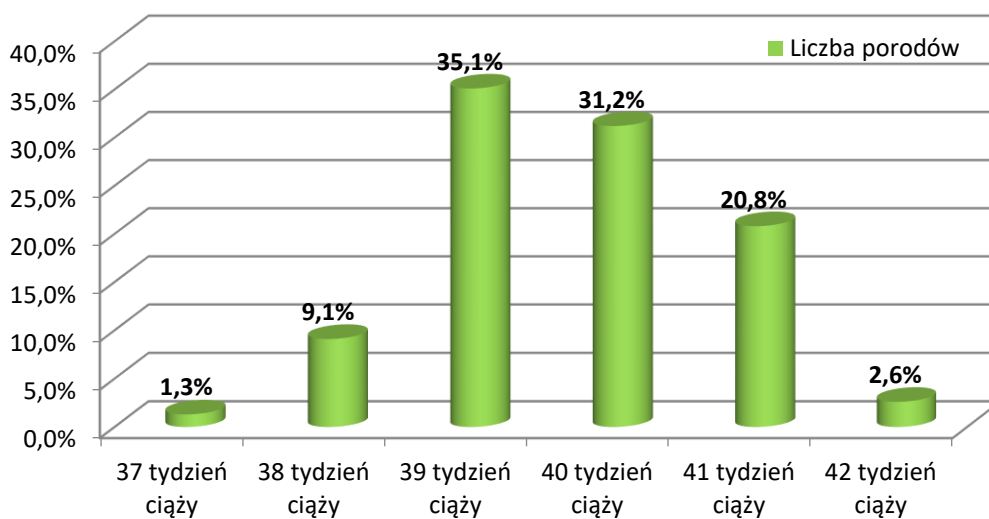
N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.
45	30,1	4,6	31	22	41

W zdecydowanej większości przypadków transferu wymagały pierwiastki (Ryc. 27).



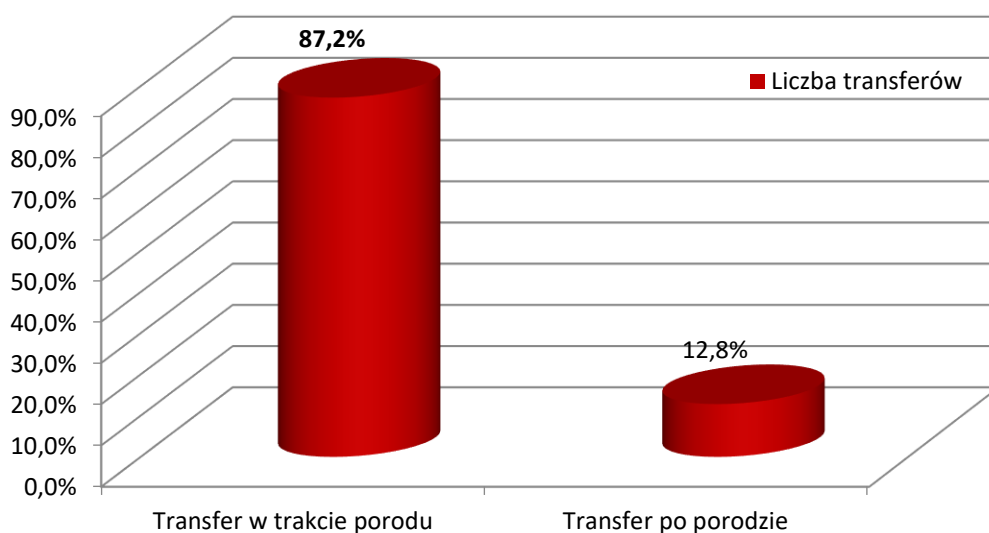
Ryc. 27. Odsetek transferów wśród pierwiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Informacja o tygodniu ciąży, w którym miał miejsce transfer rodzącej, była dostępna w 77 przypadkach. Ponad 70% wszystkich transferów miało miejsce w 39 i 40 tygodniu ciąży (Ryc. 28).



Ryc. 28. Odsetek transferów rodzących z domu do szpitala w poszczególnych tygodniach ciąży.

W zdecydowanej większości przypadków transfer miał miejsce w trakcie porodu (Ryc. 29).

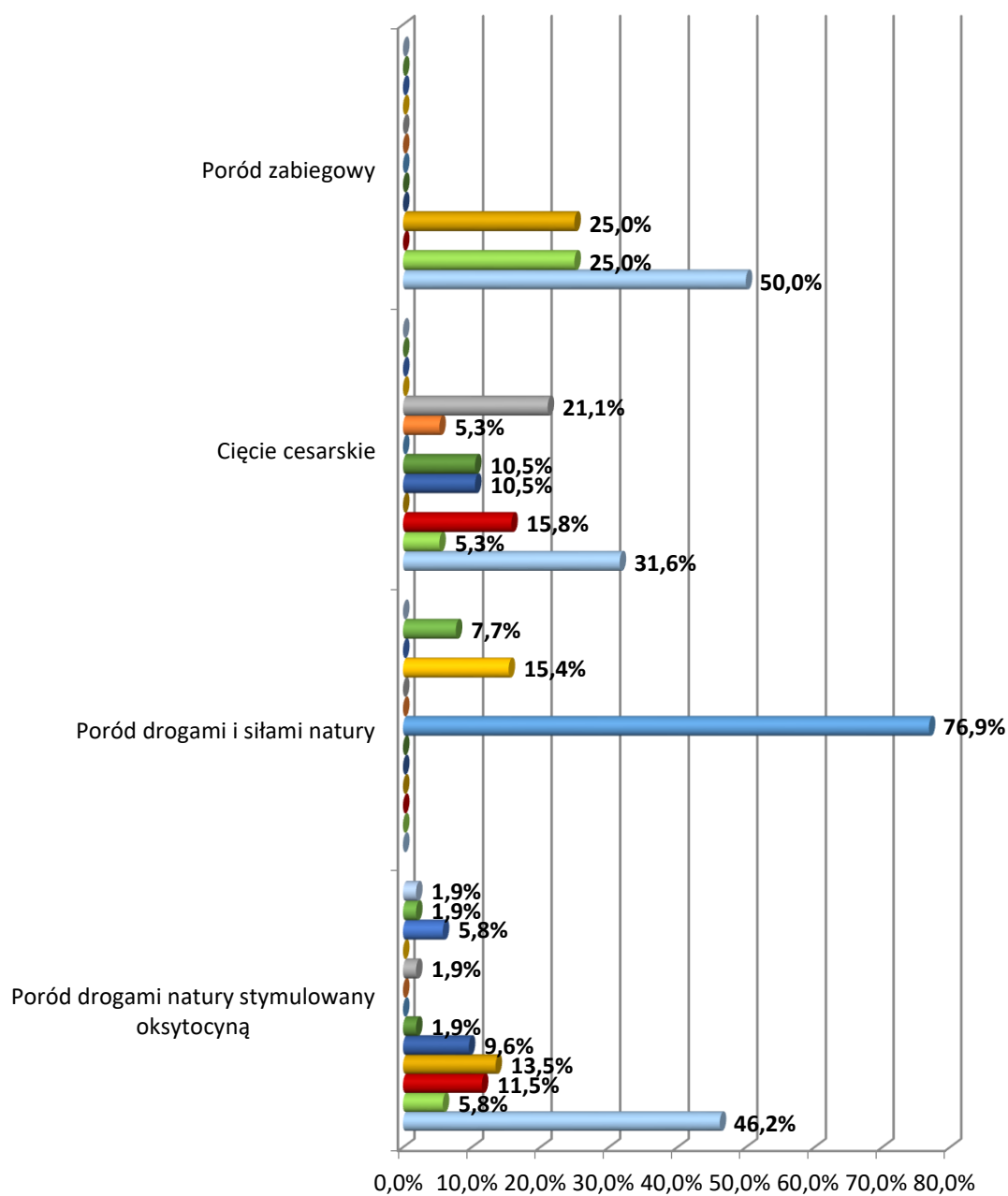


Ryc. 29. Odsetek transferów z domu do szpitala w trakcie porodu i po jego zakończeniu.

Najczęstszą przyczyną transferu z domu do szpitala był brak postępu w I okresie porodu (32 przypadki), patologia III okresu porodu (10) oraz zielony płyn owodniowy w I okresie porodu (9). W przypadku braku postępu porodu w warunkach szpitalnych stosowano stymulację farmakologiczną doprowadzając do porodu drogami natury w 24 przypadkach, wykonano 6 cięć cesarskich oraz przeprowadzono 2 porody zabiegowe (Tabela XXXVI i Ryc. 30). W analizowanym materiale nie odnotowano zgonów rodzących i położnic.

Tabela XXXVI. Przyczyny transferów i sposób zakończenia ciąży.

Przyczyna transferu	Poród drogami natury stymulowany oksytocyną		Poród drogami i siłami natury		Cięcie cesarskie		Poród zabiegowy		Razem (n)	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Brak postępu porodu w I okresie	24	46,2	0	0,0	6	31,6	2	50,0	32	<0,001
Brak postępu porodu w II okresie	3	5,8	0	0,0	1	5,3	1	25,0	5	
Zielony płyn owodniowy w I okresie	6	11,5	0	0,0	3	15,8	0	0,0	9	
Brak postępu porodu przy wcześniejszym odpłynięciu płynu owodniowego	7	13,5	0	0,0	0	0,0	1	25,0	8	
Nieprawidłowe tętno płodu w I okresie porodu	5	9,6	0	0,0	2	10,5	0	0,0	7	
Nieprawidłowe tętno płodu w II okresie porodu	1	1,9	0	0,0	2	10,5	0	0,0	3	
Patologia łożyska w III okresie	0	0,0	10	76,9	0	0,0	0	0,0	10	
Wzrost ciśnienia tętniczego u rodzącej	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	
Nieprawidłowe wstawianie się główki dziecka w kanał rodny	1	1,9	0	0,0	4	21,1	0	0,0	5	
Poród przed przybyciem położnej/poród błyskawiczny	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	2	
Potrzeba farmakologicznej redukcji bólu	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	
Krwawienie w trakcie porodu	1	1,9	1	7,7	0	0,0	0	0,0	2	
Infekcja górnych dróg oddechowych	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
Razem	52	100	13	100	19	100	4	100	88	



Ryc. 30. Przyczyny transferów i sposób zakończenia ciąży.

1.2.5. Metryka noworodków

W analizowanym okresie urodziło się po 50% noworodków płci męskiej (290) i żeńskiej (290). Charakterystykę urodzeniowej masy i długości ciała oraz punktacji w skali Apgar dzieci objętych badaniem przedstawiono w tabeli XXXVII.

Tabela XXXVII. Masa urodzeniowa i długość ciała oraz punktacja w skali Apgar noworodków urodzonych w warunkach domowych objętych badaniem.

Zmienna	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.
Masa ciała (g)	580	3550,3	404,9	3520	2300	5000
Długość ciała (cm)	547	54,5	2,4	55	47	64
Apgar (pkt)	580	9,9	0,3	10	6	10

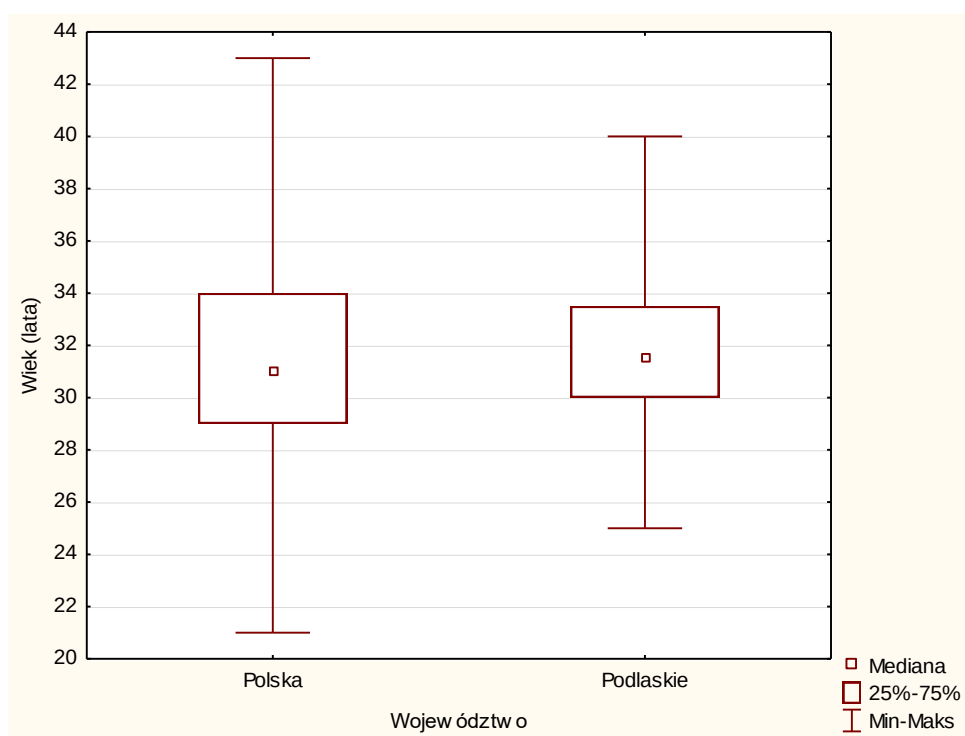
Transfer konieczny był w przypadku 5 (0,9%) noworodków. Wśród przyczyn transferów znalazły się: złe wyniki po porodzie (2), wada serca niewykryta w czasie ciąży (1), niska punktacja w skali Apgar (1) oraz wrodzone zapalenie płuc (1). W analizowanym materiale nie odnotowano zgonów noworodków.

2. Porównanie województwa Podlaskiego z pozostałymi województwami

W rozdziale tym porównano wyniki analizy pochodzące z województwa podlaskiego z wynikami zebranymi z pozostałych województw (nazywanych dalej Polską). Utrudnieniem w analizie danych była duża różnica w liczebności porównywanych grup badanych. Porównanie wieku kobiet uczestniczących w badaniu nie wykazało znamiennych różnic statystycznych (Tabela XXXVIII i Ryc. 31).

Tabela XXXVIII. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim na tle pozostałych województw.

	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	561	31,5	4,1	31	21	43	0,835
Podlasie	20	31,6	3,7	31,5	25	40	

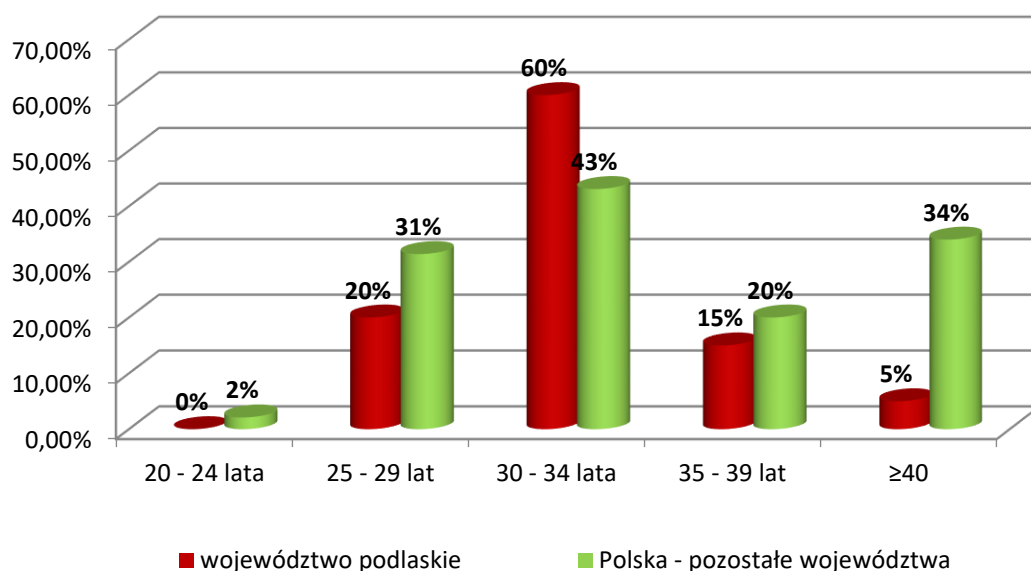


Ryc. 31. Wiek kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim na tle pozostałych województw.

Podobnie nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w rozkładzie wieku badanych kobiet z województwa podlaskiego i z pozostałych województw (Tabela XXXIX). W województwie podlaskim, podobnie jak w całej Polsce, najliczniejszą grupę kobiet decydujących się na poród domowy stanowią ciężarne w wieku od 30 do 34 roku życia (Ryc. 32).

Tabela XXXIX. Porównanie rozkładu wieku kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	Wiek (lata)										Razem (n)	p
	20 – 24		25 – 29		30 – 34		35 – 39		≥40			
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%		
Polska	12	2,1	176	31,4	242	43,1	112	20,0	19	3,4	561	0,579
Podlaskie	0	0,0	4	20,0	12	60,0	3	15,0	1	5,0	20	
Razem	12	-	180	-	254	-	115	-	20	-	581	

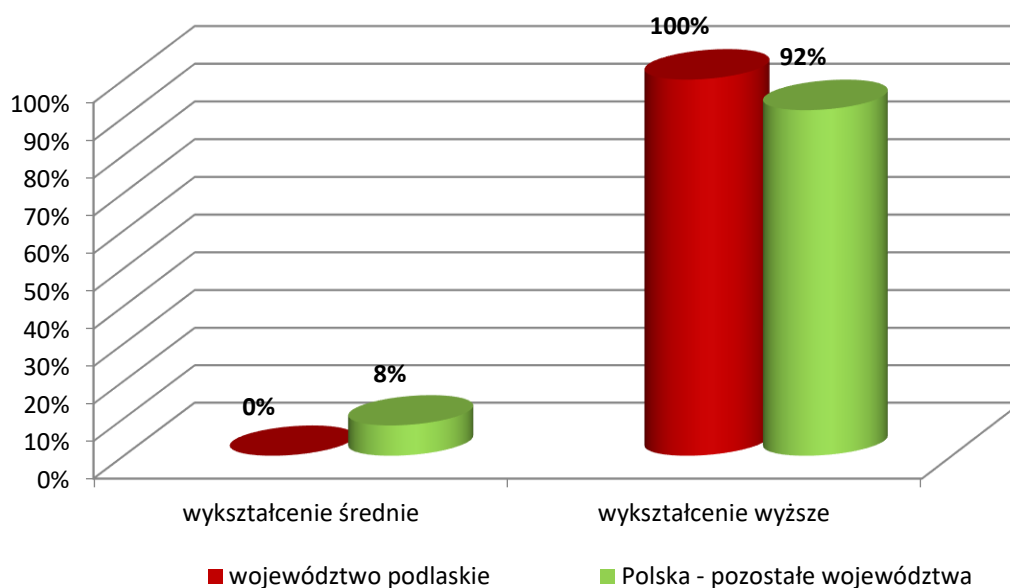


Ryc. 32. Procentowy rozkład wieku kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem porodu (województwem) a poziomem wykształcenia matek (Tabela XL). Zarówno w województwie podlaskim jak i w pozostałych województwach dominują kobiety z wyższym wykształceniem (Ryc. 33).

Tabela XL. Porównanie poziomu wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	Wykształcenie				Razem (n)	p
	Średnie		Wyższe			
	n	%	n	%		
Polska	45	8,1	513	91,9	558	0,186
Podlaskie	0	0,0	20	100,0	20	

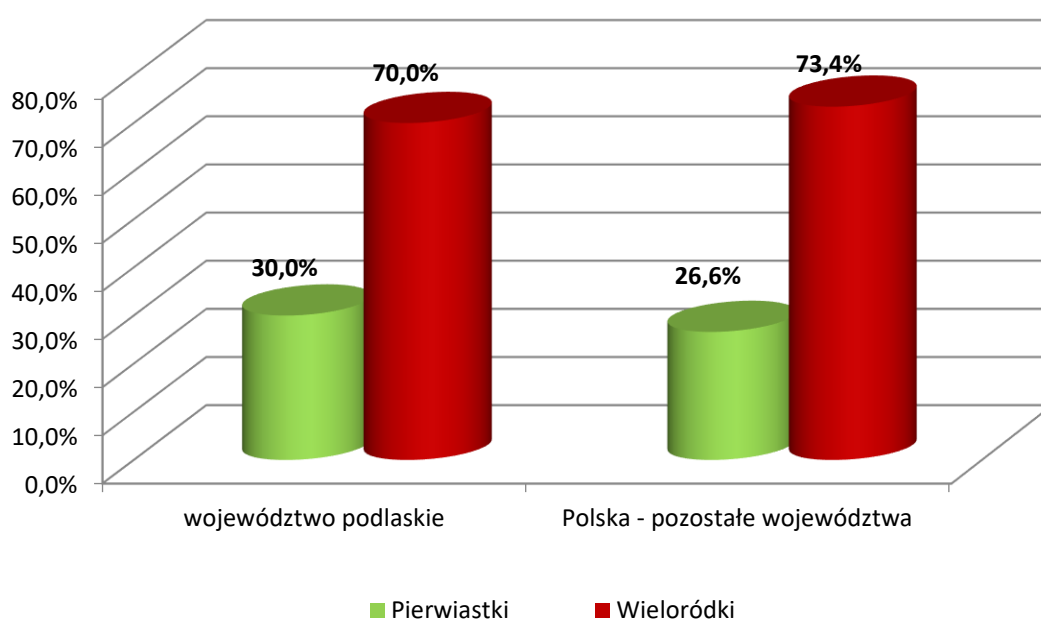


Ryc. 33. Procentowy rozkład poziomu wykształcenia kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

Analizując to czy na poród domowy decydują się pierwsiastki czy wieloródki odnotowano jednakową tendencję w województwie podlaskim jak i w pozostałej części Polski (Tabela XLI). W obu grupach większy odsetek stanowiły wieloródki (Ryc. 34).

Tabela XLI. Liczba pierwsiastek i wieloródek rodzących w warunkach domowych wśród kobiet badanych w województwie podlaskim na tle pozostałych województw.

	Grupa				Razem (n)	p
	Pierwiastki		Wieloródki			
	n	%	n	%		
Polska	149	26,6	412	73,4	561	0,732
Podlaskie	6	30,0	14	70,0	20	
Razem	155	-	426	-	581	

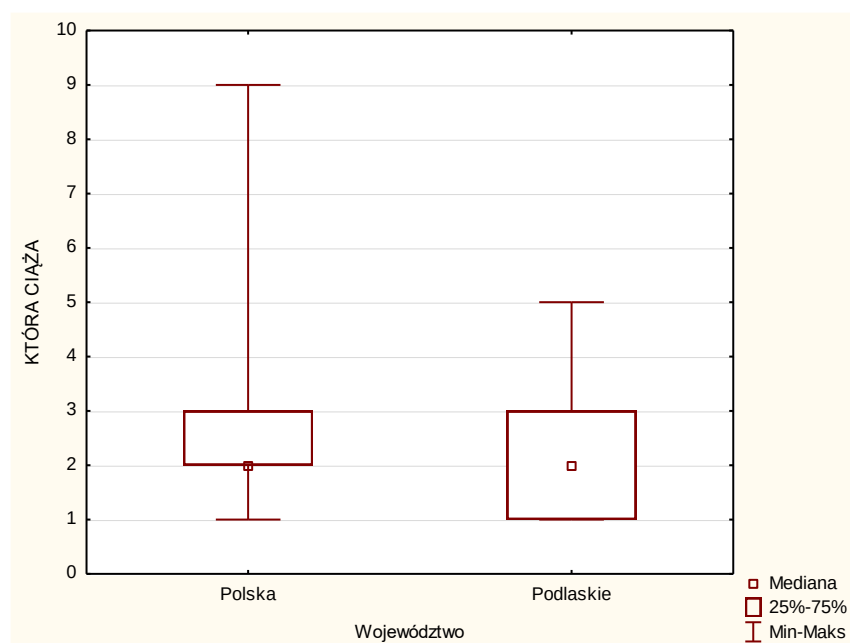


Ryc. 34. Porównanie odsetka pierwsiastek i wieloródek wśród kobiet rodzących w warunkach domowych uczestniczących w badaniu.

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie liczby ciąż u kobiet rodzących w warunkach domowych włączonych do badania w województwie podlaskim w porównaniu do pozostałych województw (Tabela XLII i Ryc. 35)

Tabela XLII. Liczba ciąż u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	P
Polska	561	2,5	1,42	2,0	1,0	9,0	0,799
Podlaskie	20	2,4	1,31	2,0	1,0	5,0	

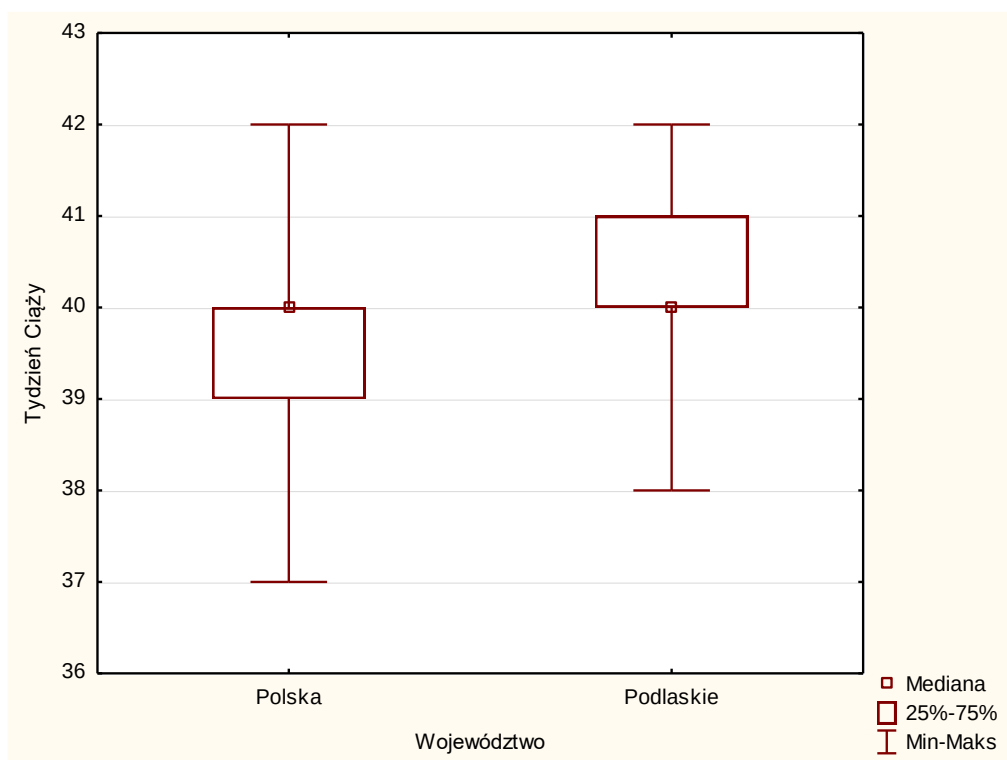


Ryc. 35. Porównanie liczby ciąż u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

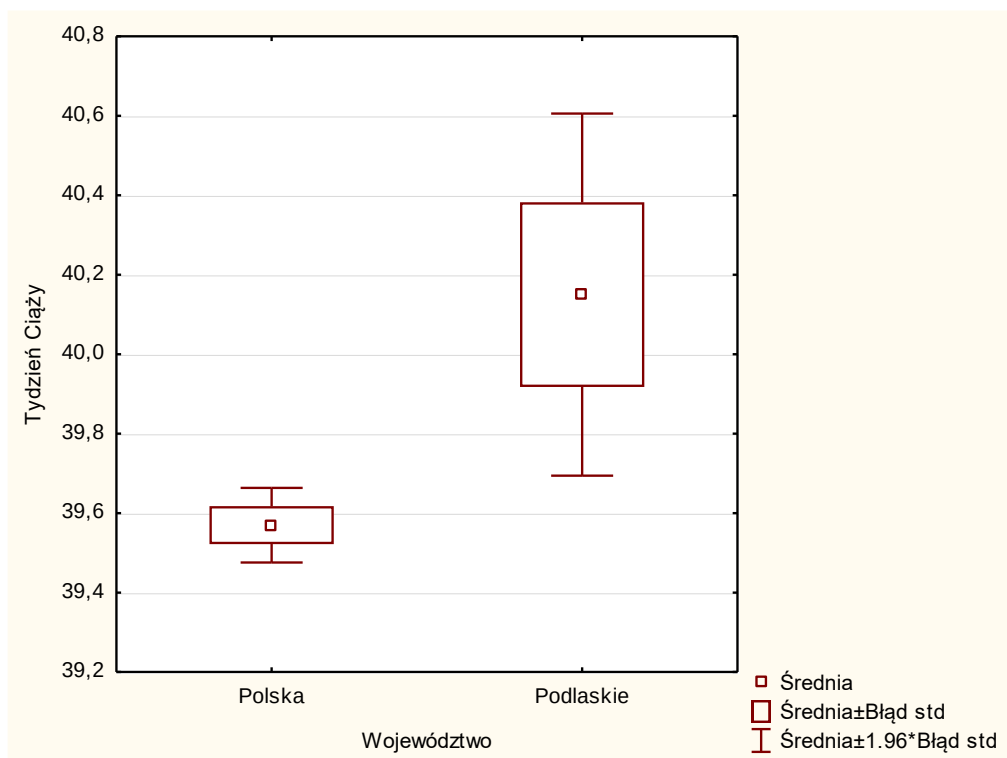
Występuje istotna statystycznie różnica ($p=0,012$) w długości ciąży pomiędzy rodzącymi z Podlasia i z reszty Polski (Tabela XLIII). U kobiet rodzących na Podlasiu ciąża trwa dłużej – poród następuje później niż u kobiet z pozostałych części Polski (Ryc. 36 i 37).

Tabela XLIII. Porównanie długości trwania ciąży u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	P
Polska	481	39,56	1,05	40,0	37,0	42,0	0,012
Podlaskie	20	40,15	1,03	40,0	38,0	42,0	



Ryc. 36. Mediana długości trwania ciąży u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.



Ryc. 37. Średnia długości trwania ciąży u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

Analizując częstość występowania paciorkowca grupy B (*Streptococcus agalactiae*, GBS-group B Streptococcus) w drogach rodnych kobiet uczestniczących w badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy rodzącymi w województwie podlaskim i w pozostałych częściach Polski (Tabela XLIV).

Tabela XLIV. Porównanie występowania paciorkowca grupy B (GBS) u kobiet rodzących w warunkach domowych z podlaskiego i pozostałych województw.

	GBS				Razem	p
	(-)		(+))			
	n	%	n	%		
Polska	472	84,1	89	15,9	561	0,275
Podlaskie	15	75,0	5	25,0	20	
Razem	487	-	94	-	581	

Porównanie poszczególnych okresów porodu pod względem czasu ich trwania również nie wykazało różnic istotnych statystycznie (Tabele XLV, XLVI, XLVII i Ryc. 38, 39, 40).

Tabela XLV. Porównanie czasu trwania I okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

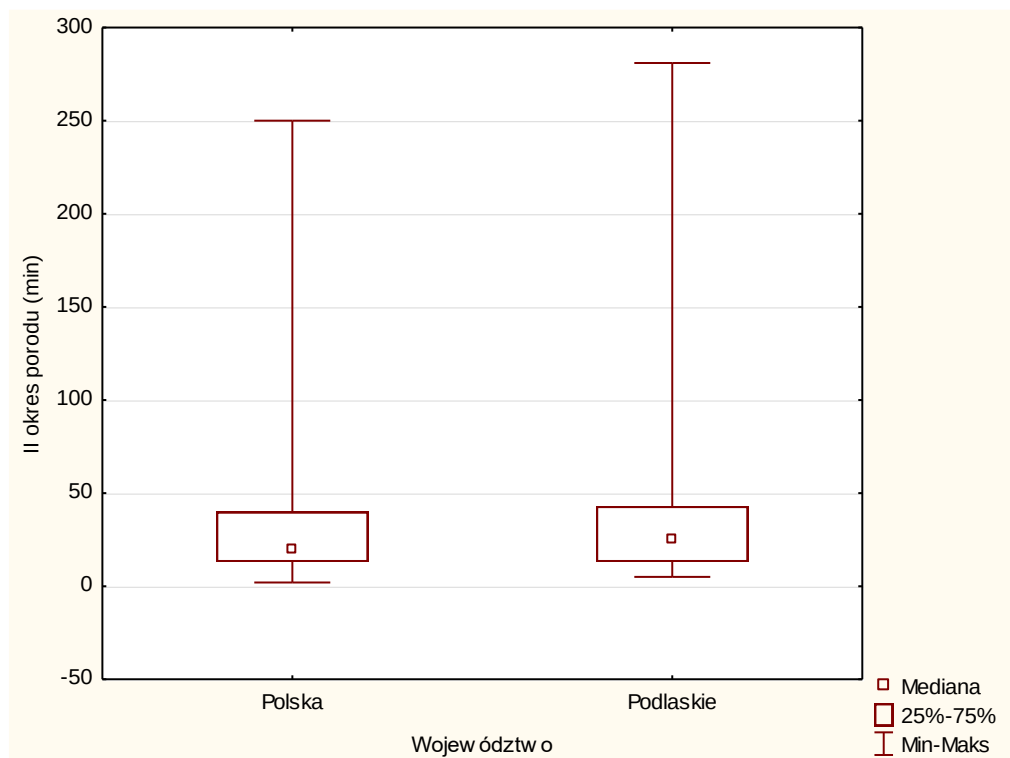
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	462	315,53	179,75	276,5	30,0	1110,0	0,256
Podlaskie	18	402,94	316,8	340,0	118,0	1500,0	



Ryc. 38. Czas trwania I okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

Tabela XLVI. Porównanie czasu trwania II okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

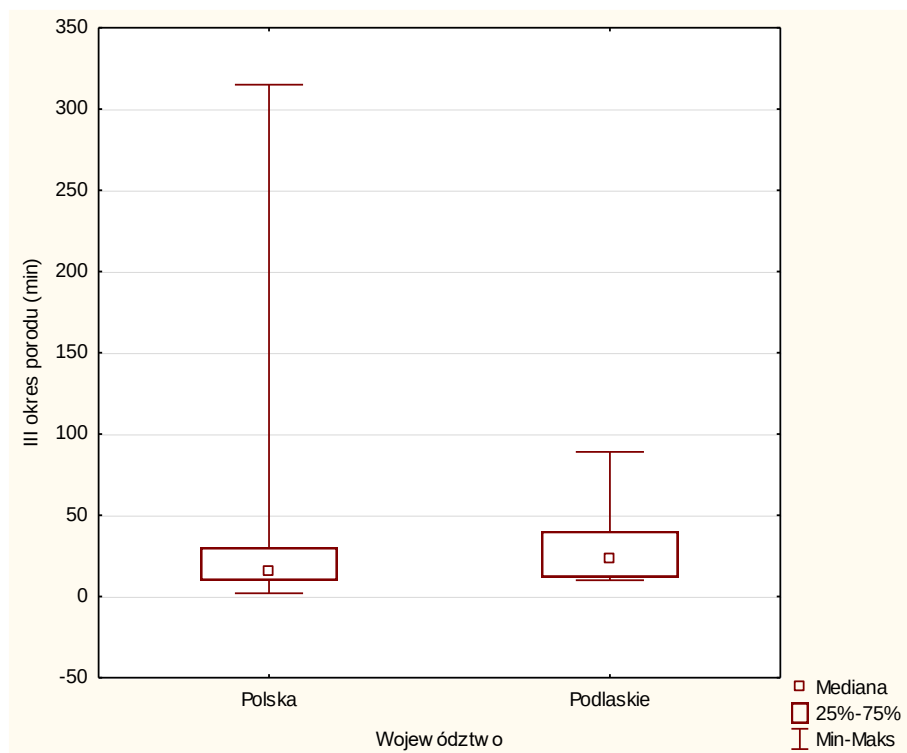
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	462	31,83	30,93	20,0	2,0	250,0	0,403
Podlaskie	18	47,39	65,9	25,5	5,0	281,0	



Ryc. 39. Czas trwania II okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

Tabela XLVII. Porównanie czasu trwania III okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	462	24,23	23,66	15,0	2,0	315,0	0,114
Podlaskie	18	29,89	20,85	23,5	10,0	89,0	

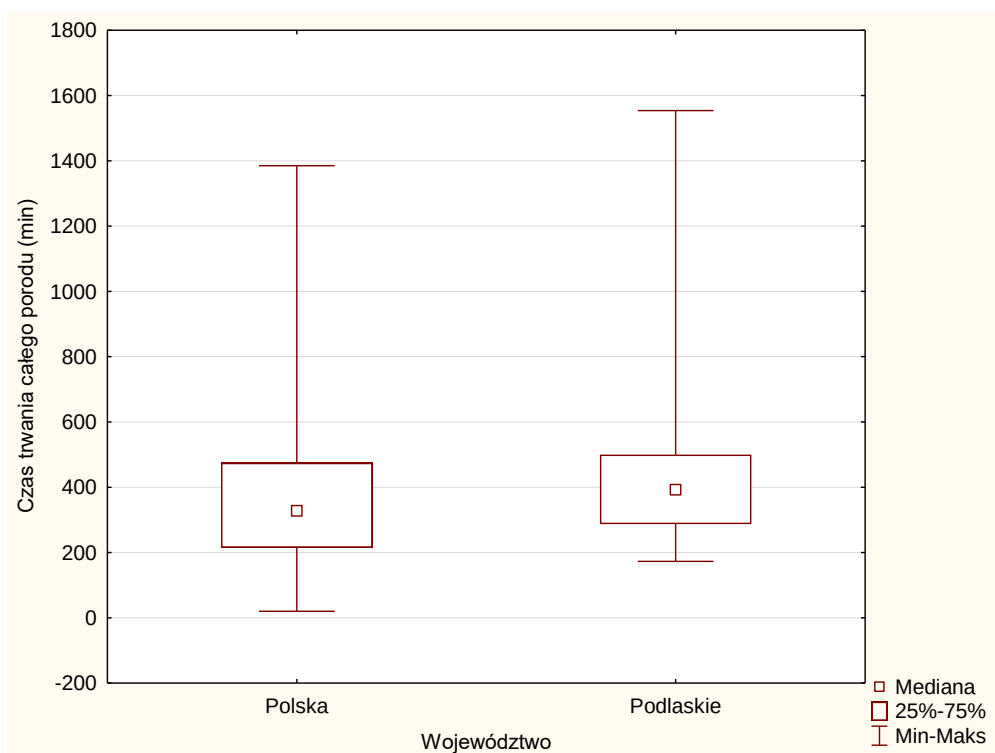


Ryc. 40. Czas trwania III okresu porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

Porównany został również czas trwania porodu oraz jego okresów u pierwiastek rodzących w warunkach domowych z województwa podlaskiego i średnie z pozostałych województw. W przeprowadzonej analizie nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (Tabela XLVIII, XLIX, L, LI, LII i Ryc. 41, 42, 43, 44, 45).

Tabela XLVIII. Porównanie czasu trwania całego porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

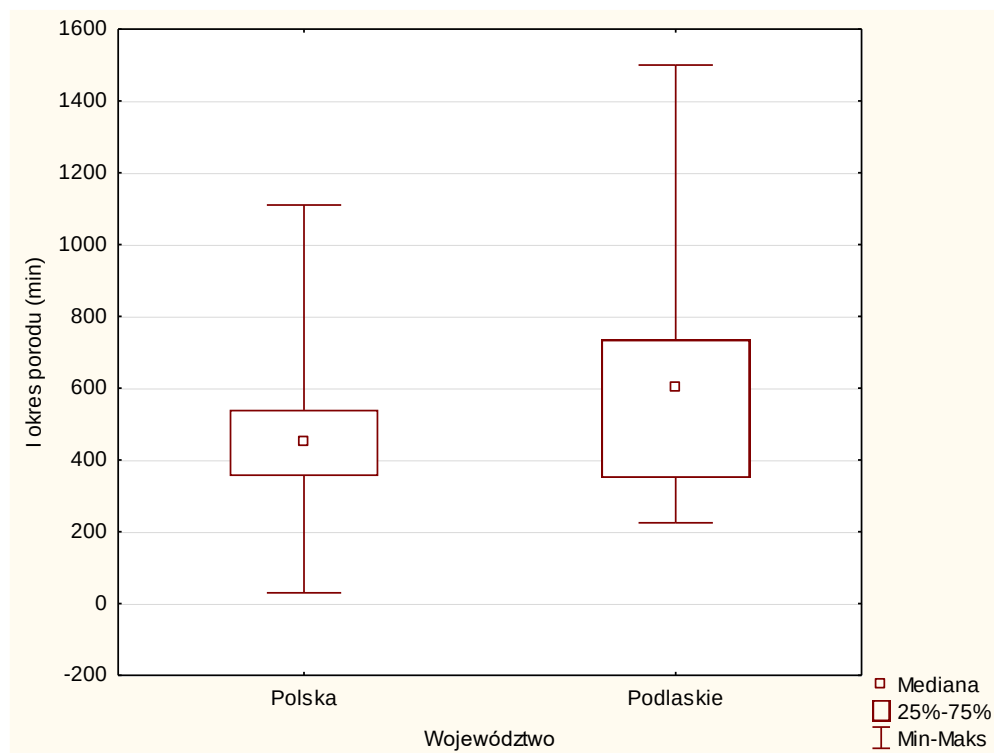
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	P
Polska	467	367,63	198,73	328,0	20,0	1385,0	0,083
Podlaskie	18	480,22	317,57	392,5	173,0	1554,0	



Ryc. 41. Czas trwania całego porodu u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

Tabela XLIX. Porównanie czasu trwania I okresu porodu u pierwsiastek rodzących w warunkach domowych.

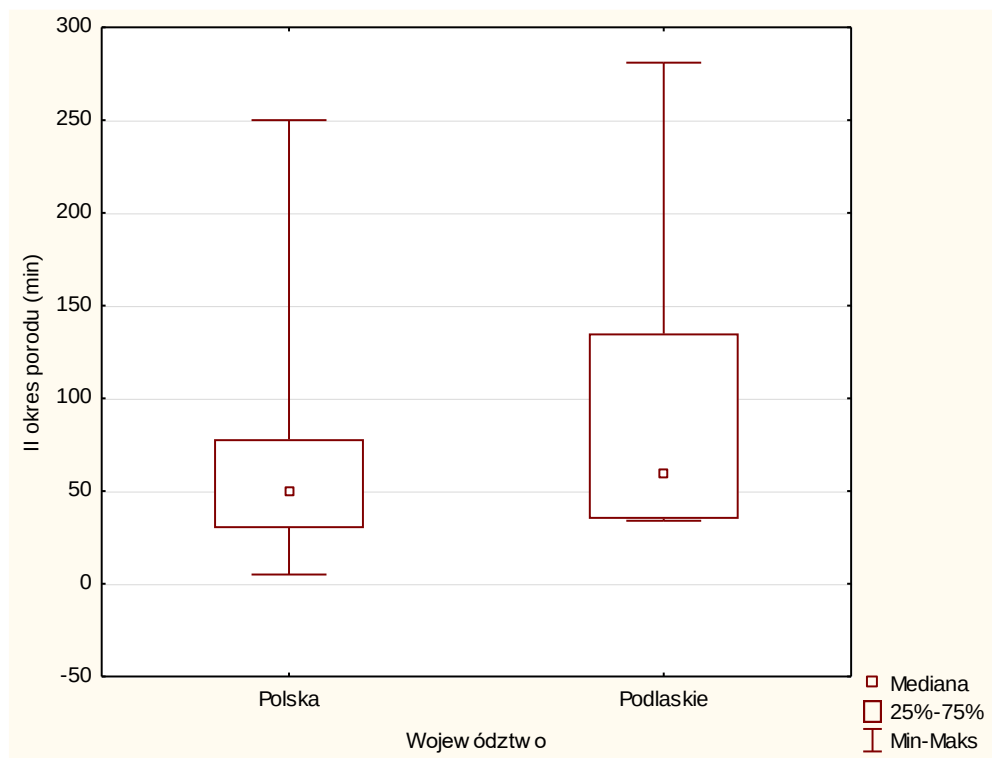
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	P
Polska	133	454,6	177,8	450,0	30,0	1110,0	0,408
Podlaskie	5	682,0	499,43	600,0	225,0	1500,0	



Ryc. 42. Porównanie czasu trwania I okresu porodu u pierwsiastek rodzących w warunkach domowych.

Tabela L. Porównanie czasu trwania II okresu porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych.

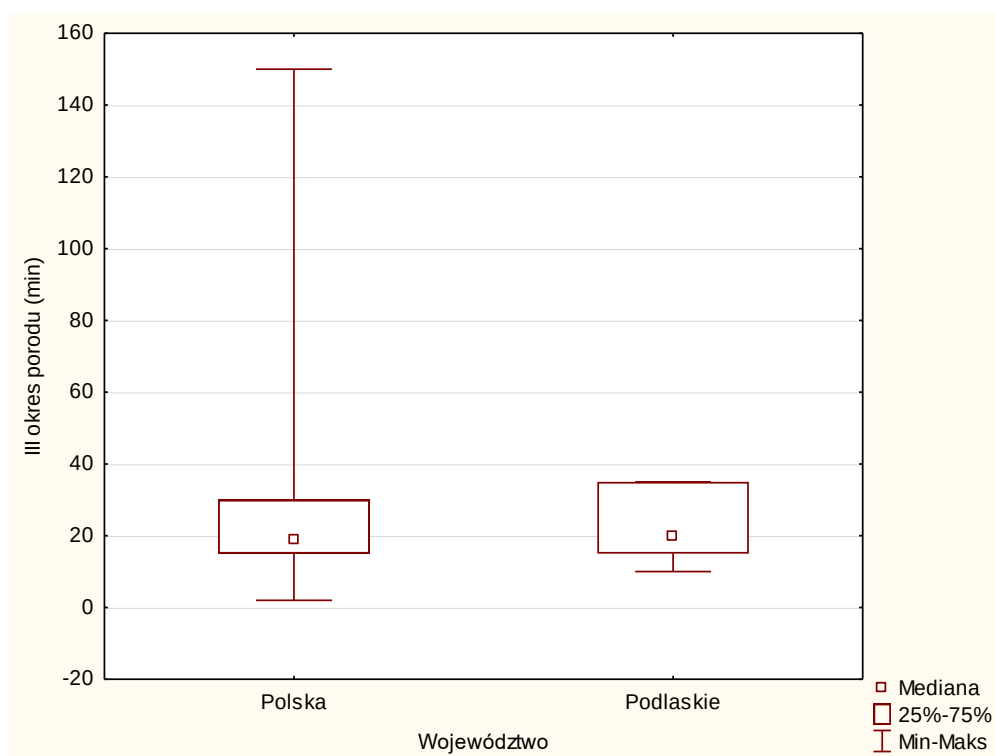
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	133	60,16	40,8	50,0	5,0	250,0	0,283
Podlaskie	5	109,0	104,5	60,0	34,0	281,0	



Ryc. 43. Porównanie czasu trwania II okresu porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych.

Tabela LI. Porównanie czasu trwania III okresu porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych.

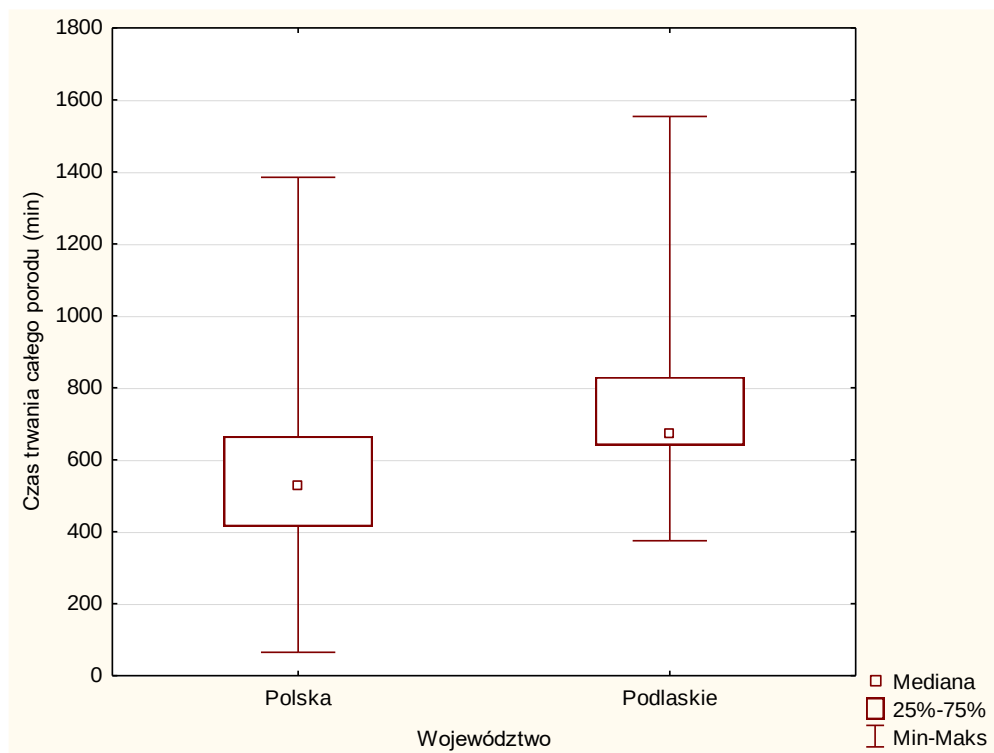
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	130	24,27	20,11	19,0	2,0	150,0	0,702
Podlaskie	5	23,0	11,51	20,0	10,0	35,0	



Ryc. 44. Porównanie czasu trwania III okresu porodu u pierwsiatek rodzących w warunkach domowych.

Tabela LII. Porównanie czasu trwania całego porodu u pierwsiastek rodzących w warunkach domowych.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	133	538,5	196,73	525,0	65,0	1385,0	0,098
Podlaskie	5	814,0	444,6	670,0	375,0	1554,0	

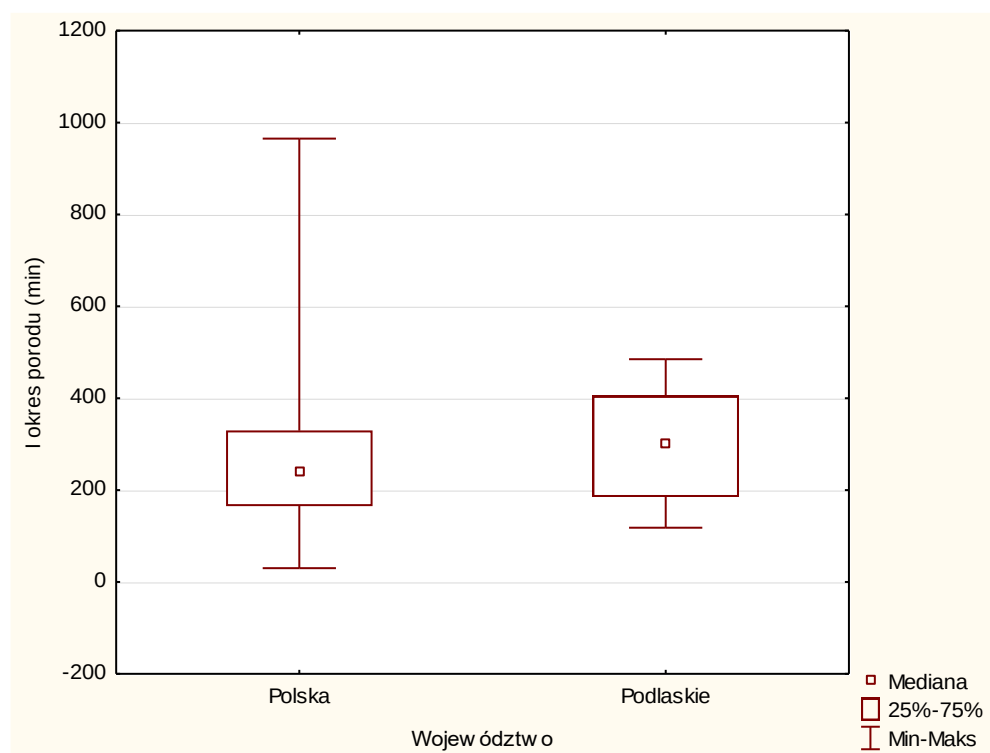


Ryc. 45. Porównanie czasu trwania całego porodu u pierwsiastek rodzących w warunkach domowych.

Następnie takiego samego porównania dokonano w przypadku wieloródek. W przeprowadzonej analizie nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (Tabela LIII, LIV, LV, LVI i Ryc. 46, 47, 48, 49).

Tabela LIII. Porównanie czasu trwania I okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

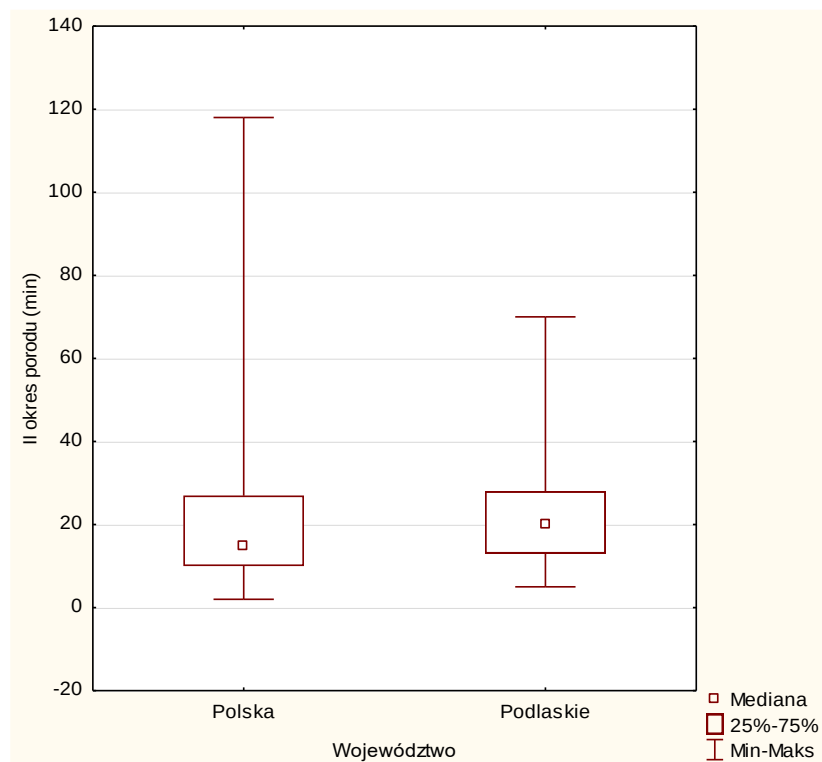
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	329	259,31	147,24	240,0	30,0	965,0	0,152
Podlaskie	13	295,62	118,76	300,0	118,0	485,0	



Ryc. 46. Porównanie czasu trwania I okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Tabela LIV. Porównanie czasu trwania II okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

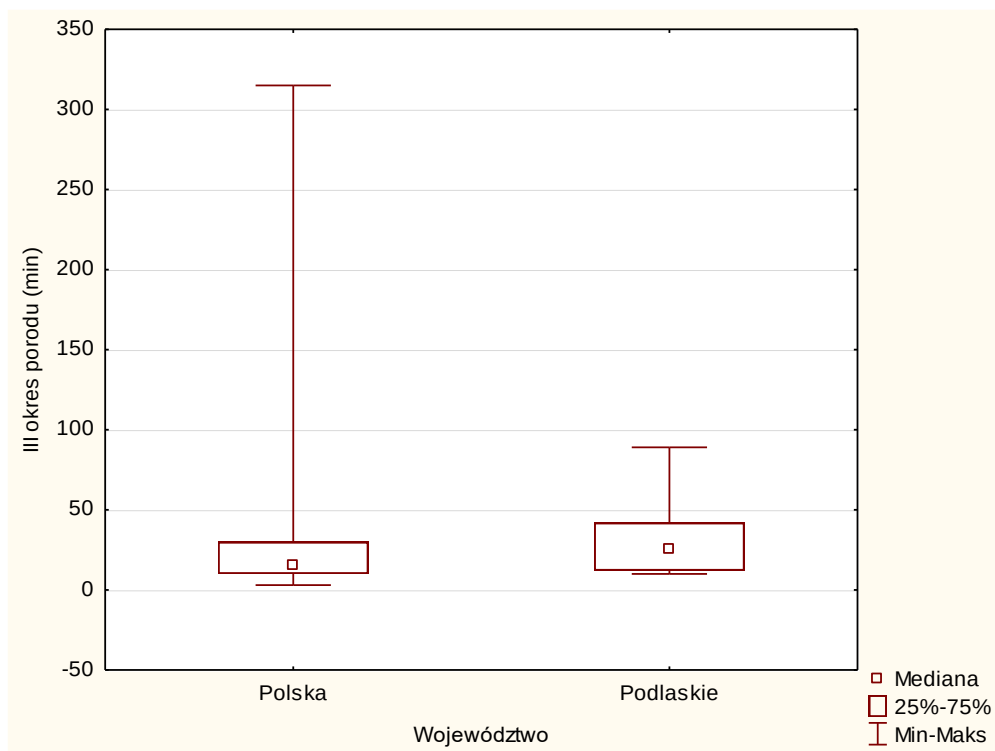
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	329	20,39	14,75	15,0	2,0	118,0	0,487
Podlaskie	13	23,7	17,73	20,0	5,0	70,0	



Ryc. 47. Porównanie czasu trwania II okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Tabela LV. Porównanie czasu trwania III okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

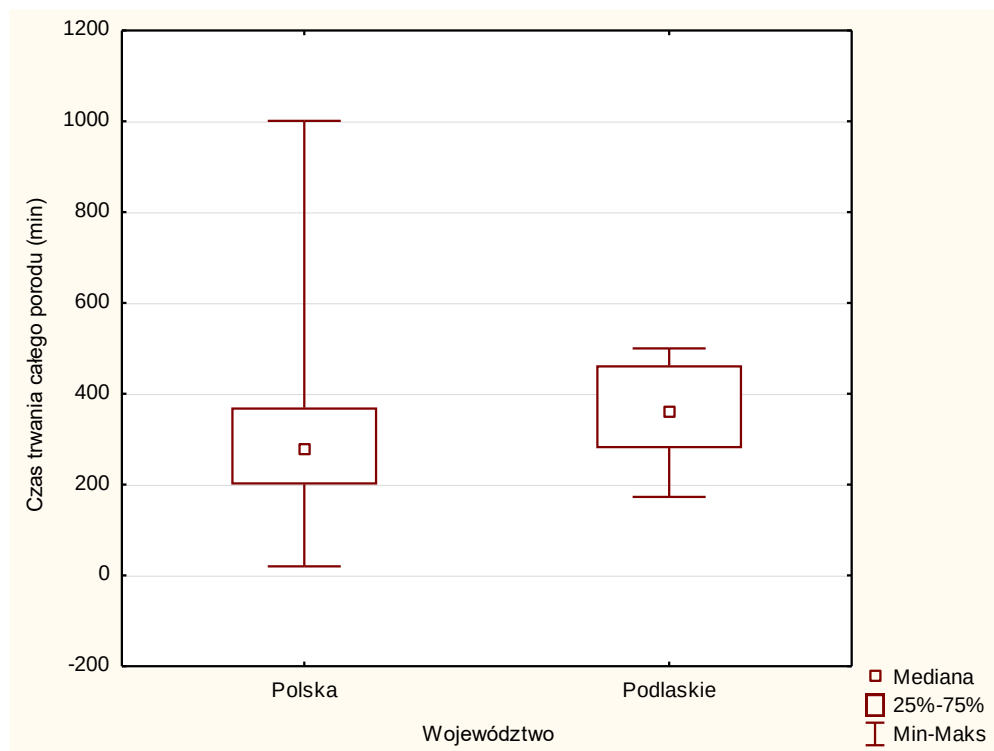
	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	332	24,21	24,94	15,00	3,0	315,0	0,107
Podlaskie	13	32,54	23,33	25,00	10,0	89,0	



Ryc. 48. Porównanie czasu trwania III okresu porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Tabela LVI. Porównanie czasu trwania całego porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	334	299,58	153,68	276,5	20,0	1001,0	0,066
Podlaskie	13	351,85	112,54	363,0	173,0	500,0	



Ryc. 49. Porównanie czasu trwania całego porodu u wieloródek rodzących w warunkach domowych.

Analiza porównawcza częstości wybierania poszczególnych pozycji w II okresie porodu przez rodzące w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach nie wykazała różnic istotnych statystycznie (Tabela LVII).

Tabela LVII. Porównanie rozkładu wybieranych pozycji finalnych w II okresie porodu rodzących w warunkach domowych.

	Pozycja														Razem
	Kuczna		Kłęcząca		Siedząca		Kolankowo - łokciowa		Stojąca		Na boku		Horyzon- talna		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Polska	115	20,5	138	24,6	154	27,5	65	11,6	47	8,4	32	5,7	9	1,6	560
Podlaskie	0	0,0	8	40,0	1	5,0	7	35,0	2	10,0	1	5,0	1	5,0	20
Razem	115	-	146	-	155	-	72	-	49	-	33	-	10	-	580

Najczęściej wybraną w II okresie porodu pozycją rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim była pozycja kłęcząca (8 rodzących) oraz pozycja kolankowo-łokciowa (7 rodzących), podobnie jak w pozostałej części Polski, odpowiednio: 138 i 65 rodzących. Ponadto w pozostałych województwach dużym powodzeniem cieszyła się również pozycja siedząca (154 rodzące) oraz kuczna (115 rodzących).

Porównanie czasu trwania II okresu porodu u rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach w zależności od pozycji finalnej również nie wykazała istotnych różnic statystycznych (Tabela LVIII i LIX). Analizie poddano dwie pozycje finalne-kłęczącą i kolankowo-łokciową, z uwagi na ograniczoną liczebność grupy badanej w województwie podlaskim.

Tabela LVIII. Porównanie czasu trwania II okresu porodu w pozycji kłęczącej rodzących w warunkach domowych.

	n	średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	113	26,39	24,84	15,0	2,0	135,0	0,566
Podlaskie	6	29,17	22,53	25,5	6,0	70,0	

Tabela LIX. Porównanie czasu trwania II okresu porodu w pozycji kolankowo-łokciowej rodzących w warunkach domowych.

	n	średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	55	25,62	15,39	22,0	5,0	90,0	0,489
Podlaskie	7	24,43	19,86	20,0	5,0	60,0	

Porównanie czasu trwania porodu tradycyjnego i porodu do wody pomiędzy kobietami rodzącymi w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach nie jest możliwe z uwagi na znikomą liczbę porodów do wody w województwie podlaskim.

Nie odnotowano również istotnych statystycznie różnic w rozkładzie częstości pojawiania się obrażeń krocza u rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach (Tabela LX).

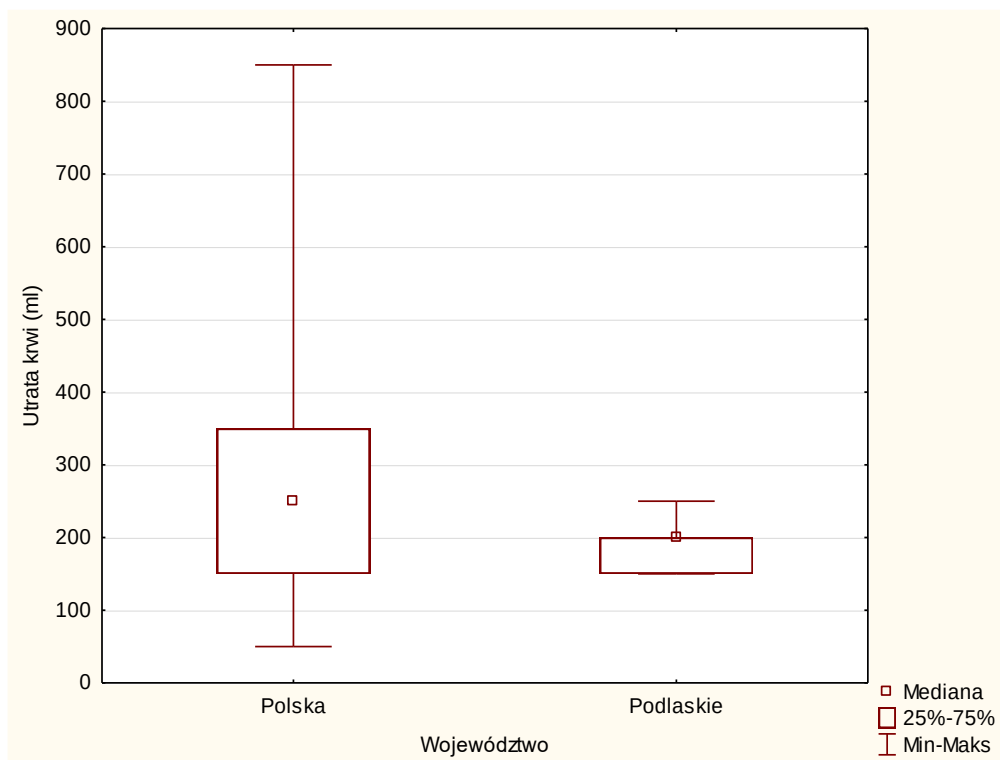
Tabela LX. Porównanie liczby obrażeń krocza u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	Obrażenia krocza												Razem (n)	p
	Pęknięcie 1°		Pęknięcie 2°		Pęknięcie 3°		Inne obrażenia		Nacięcie krocza		Brak obrażeń			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Polska	154	27,5	13	2,3	3	0,5	64	11,4	19	3,4	308	54,9	561	0,226
Podlaskie	4	20,0	0	0,0	0	0,0	5	25,0	3	15,0	8	40,0	20	
Razem	158	-	13	-	3	-	69	-	22	-	316	-	581	

Analiza statystyczna objętości utraconej krwi w trakcie porodu wykazała istotne różnice pomiędzy rodzącymi w warunkach domowych z Podlasia a kobietami z pozostałej części Polski ($p=0,005$) (Tabela LXI). Utrata krwi u rodzących na Podlasiu okazała się być mniejsza niż u rodzących z pozostałych województw (Ryc. 50).

Tabela LXI. Porównanie objętości utraconej krwi u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	560	258,36	111,24	250,0	50,0	850,0	0,005
Podlaskie	20	192,5	37,26	200,0	150,0	250,0	

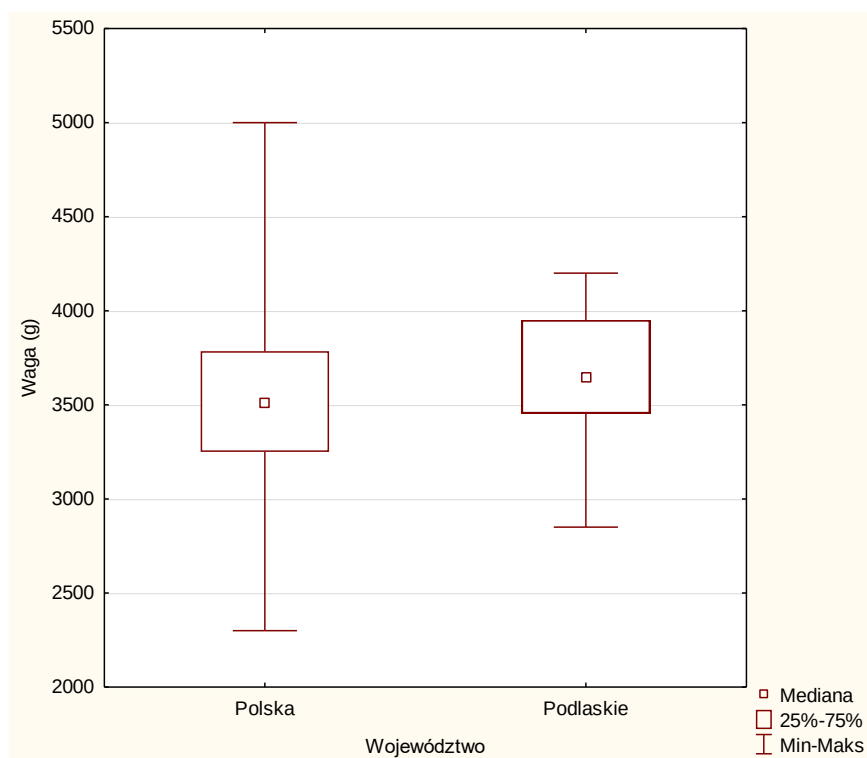


Ryc. 50. Porównanie objętości utraconej krwi u kobiet rodzących w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

Porównanie masy urodzeniowej noworodków urodzonych w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach nie wykazało różnic istotnych statystycznie (Tabela LXII i Ryc. 51).

Tabela LXII. Porównanie masy urodzeniowej noworodków urodzonych w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	560	3546,53	405,76	3507,5	2300,0	5000,0	0,160
Podlaskie	20	3655,5	374,64	3650,0	2850,0	4200,0	

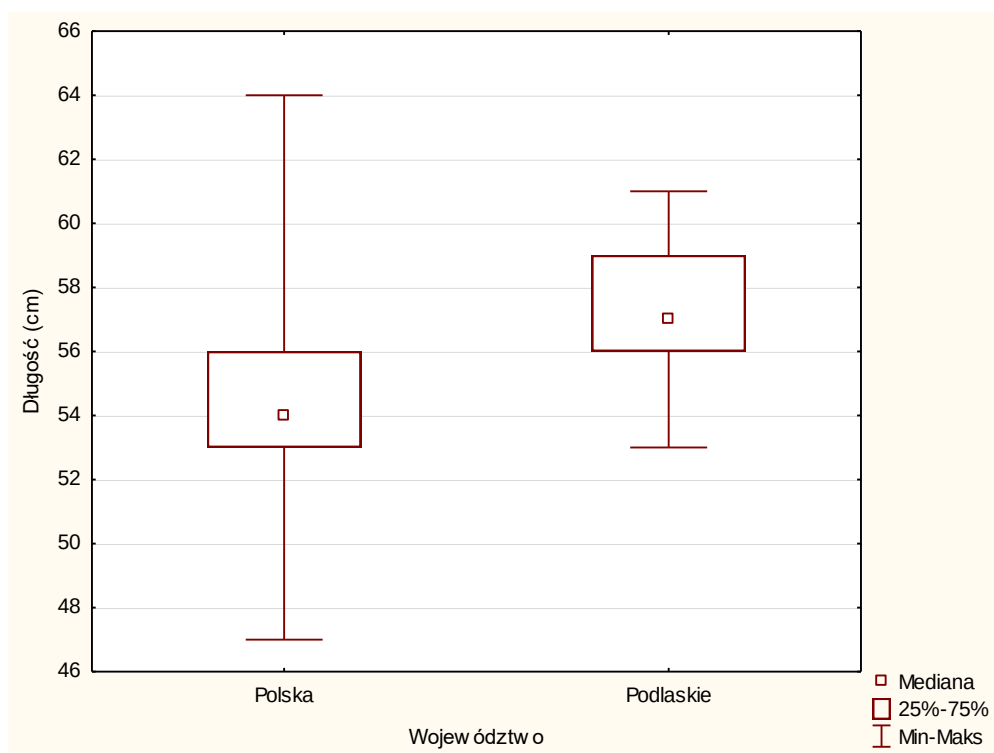


Ryc. 51. Porównanie masy urodzeniowej noworodków urodzonych w warunkach domowych w województwie podlaskim i w pozostałych województwach.

Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w długości noworodków urodzonych w warunkach domowych na Podlasiu i noworodków z pozostałej części Polski ($p < 0,001$). Noworodki z Podlasia są przeciętnie dłuższe niż dzieci z pozostałych województw (Tabela LXIII i Ryc. 52).

Tabela LXIII. Porównanie długości urodzeniowej noworodków urodzonych w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

	n	Średnia	SD	Mediana	Min.	Maks.	p
Polska	527	54,44	2,39	54,0	47,0	64,0	<0,001
Podlaskie	20	57,2	2,26	57,0	53,0	61,0	



Ryc. 52. Porównanie długości urodzeniowej noworodków urodzonych w warunkach domowych w województwie podlaskim i pozostałych województwach.

V. DYSKUSJA

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu poród domowy w Polsce nie był niczym niezwykłym. Jednak po II wojnie światowej wprowadzono zakaz tego typu praktyk i przez ponad pół wieku wszystkie rodzące w naszym kraju musiały być umieszczane w placówkach służby zdrowia. Z biegiem lat świadomość kobiet zaczęła się zmieniać i wzbogacać, co dało początek dzisiejszej rewolucji w temacie opieki okołoporodowej. Niektóre kobiety chcą rodzić w domu, ponieważ chcą mieć większe poczucie kontroli nad przebiegiem tego procesu. Inne natomiast wybierają to miejsce, bo czują się bardziej zrelaksowane w domowym otoczeniu. Wiele badań potwierdza te obserwacje [71, 72, 73].

Poród z definicji jest procesem fizjologicznym, nad którego przebiegiem czuwa położna. Postęp medycyny spowodował jednak znaczną medykalizację porodu, odsuwając tym samym położną od sprawowania opieki nad rodzącą. Przyszłe mamy często opacznie pojmują dobro swojego dziecka i decydują się na zbędne procedury medyczne. Wiek XXI przynosi kolejne zmiany, których celem jest zwiększenie świadomości istoty porodu jako procesu naturalnego oraz umocnienie roli położnej jako strażniczki tej fizjologii. W tym zakresie pod uwagę brane są nie tylko czynniki zdrowotne, psychospołeczne oraz przebieg ciąży, ale także emocjonalne przygotowanie do narodzin dziecka i poczucie bezpieczeństwa wszystkich uczestników porodu. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej wyraźnie precyzuje rolę położnej. Umożliwia jej udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu, przyjmowanie porodów naturalnych a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego. Położne dobrze wiedzą, że pomimo prób tworzenia domowej atmosfery w warunkach szpitalnych, kobiety będą jednak wybierać swoje prawdziwe i naturalne środowisko domowe. Entuzjastki porodów domowych są jeszcze w mniejszości, nie stanowi to jednak przeszkody w propagowaniu takiej opcji porodu i wytrwałym budowaniu jej wartości. Poród domowy nie jest dla wszystkich kobiet, ale możliwość i wolność wyboru jest bezcenna. Zdrowe kobiety, które zdecydowały się na poród domowy są mniej narażone na interwencje medyczne w porównaniu do kobiet, które rodzą w warunkach szpitalnych. Brak jest uzasadnionych naukowo doniesień porównujących ryzyko występowania poważnych zdarzeń okołoporodowych podczas porodu domowego i szpitalnego [74]. Istnieje natomiast wiele czynników, które przemawiają za tym, że poród w środowisku domowym jest

wydarzeniem pięknym, pozytywnie rokującym na przyszłość zarówno dla matki jak i jej dziecka, ale nade wszystko najbardziej naturalnym aktem ludzkiego życia.

Na satysfakcję z porodu ma wpływ kobieca samokontrola, percepcja bólu porodowego, oczekiwania i wsparcie ze strony położnej. Możliwość zmiany pozycji w trakcie porodu może mieć znaczący pozytywny wpływ na poprawę stopnia satysfakcji z porodu, jak również dawać dobre efekty opieki okołoporodowej [75].

W badaniach przeprowadzonych przez Dahlen i wsp. [76] wzięły udział 6144 kobiety rodzące w warunkach domowych. Wśród nich 40% stanowiły pierwiastki, a 60% wieloródki. Znaczna większość, bo aż 70% z nich korzystała jedynie z naturalnych metod radzenia sobie z bólem podczas porodu.

Johnson i wsp. [77] wykazali, że na poród domowy decyduje się najwięcej wieloródek w wieku 25-29 lat (28,7%), 6% rodzących w domu to kobiety po 40 roku życia, a jedynie 2,4% rodzących w domu to młode kobiety, które nie ukończyły jeszcze 20 lat. Podkreślają, że w Stanach Zjednoczonych porody domowe z profesjonalną położną obarczone są podobnym odsetkiem okołoporodowej i noworodkowej umieralności jak w przypadku porodów niskiego ryzyka w szpitalach. Najczęściej dochodzi do nich pomiędzy 37 a 41 tygodniem trwania ciąży (89,2%), 1,4% porodów odbywa się przed 37 tygodniem, natomiast powyżej 42 tygodnia ciąży odsetek ten wynosi 6,7%.

Edqvist i wsp. [78] badaniami objeli 2992 kobiety rodzące w warunkach domowych pochodzące z Norwegii, Szwecji, Danii i Islandii. Stwierdzili, że we wszystkich tych państwach największą część rodzących w domu stanowią wieloródki w przedziale wiekowym od 25 do 34 lat.

Gizzo i wsp. [79] analizując populację Włoszek rodzących w domu przedstawili ich średnią wieku w zakresie od 18 do 44 lat ($31,13 \pm 6,1$ roku) oraz średni wiek ciążowy, który wynosił odpowiednio od 37 do 41 ($39,2 \pm 1,2$) tygodnia.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że Polki decydujące się na poród domowy były w podobnym wieku (średnia wieku wszystkich kobiet=31,5 lat). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 30-34 lata (43,7%) oraz w przedziale wiekowym 25-29 lat (31%). Najmniej liczną grupę stanowiły rodzące w wieku od 20 do 24 lat (2,1%) oraz kobiety po 40 roku życia (3,4%). Na poród domowy, zarówno w poszczególnych województwach jak i w całej Polsce, decydowało się znacznie więcej wieloródek. Poród najczęściej odbywał się w 40 tygodniu ciąży.

Za niepodważalne zalety zmian pozycji uznano pozytywne działanie korygujące nieprawidłowe wstawianie się główki w kanał rodny oraz działanie grawitacji podczas czynności skurczowej mięśnia macicy, co poprawia skuteczność siły skurczu [80].

W pierwszej fazie porodu pozycje wertykalne wydają się być związane z potrzebą zmniejszenia odczuć bólowych i skrócenia czasu trwania I okresu porodu, czego efektem jest wzrost komfortu podczas samego porodu i poczucie większej satysfakcji po porodzie [81, 82]. Potwierdzono, że wykorzystanie podczas porodu pozycji wertykalnych koreluje z niższym zapotrzebowaniem na farmakologiczne znieczulenie porodu i mniejszą ilością interwencji medycznych (np. nacięcia krocza) [83, 84].

Chociaż wielu autorów [80, 85, 86] nie wykazało żadnego wpływu przyjmowanej przez rodzącą pozycji podczas porodu na skrócenie czasu jego trwania to taką zależność podkreślają Gizzo i wsp. [79]. Badacze ci ocenili, że średni czas trwania I okresu porodu w całej grupie badanej wynosił $230,2 \pm 149,9$ minuty. W przypadku grupy, w której przyjmowano pozycje wertykalne wynosił on $192,1 \pm 125,8$ minuty. Rodzące z tej grupy najczęściej wybierały pozycję stojącą (46,1%), siedzącą (21,1%) i kolankowo-łokciową (16,2%). W grupie przyjmującej pozycję litotomiczną/półsiedzącą był on znacznie dłuższy i wynosił $336,1 \pm 161,1$ minuty. Podobnie było w przypadku trwania II okresu porodu. Średni czas dla całej grupy badanej wynosił $47,1 \pm 45,9$ minuty a w zależności od przyjmowanych pozycji odpowiednio: $34,4 \pm 32,6$ oraz $84,4 \pm 57,8$ minuty.

W badaniach własnych odnotowano związek pomiędzy pozycją przyjmowaną w I okresie porodu a czasem jego trwania. Czas trwania I okresu porodu w podgrupie kobiet, które rodziły w pozycji siedzącej okazał się być znamienne dłuższy (369,77 minut) niż wśród kobiet, które rodziły w pozycji kłęczącej (266,23 minut). Drugi okres porodu w podgrupie kobiet, które rodziły w pozycji siedzącej również okazał się być znamienne dłuższy (43,3 minuty) niż wśród kobiet, które rodziły w pozycji kucznej, kłęczącej, kolankowo-łokciowej lub stojącej (odpowiednio: 28,29; 26,54; 25,48 i 25,42 minut). Podobnie przedstawia się sytuacja czasu trwania całego porodu (440,18 vs. 338,79 minut). Nie stwierdzono natomiast podobnych zależności w III okresie porodu.

Dahlen i wsp. [76] w analizie 12 letniej wykazali, że najczęściej przyjmowaną w II okresie porodu pozycją jest pozycja kłęcząca/kolankowo-łokciowa (48% rodzących). Znacznie mniejszym powodzeniem cieszyły się pozycje: półsiedząca (12%), na boku (2%), stojąca (8%), na krześle porodowym (10%) i pozycja kuczna (3%).

W badaniach Edqvist i wsp. [78] kobiety przyjmowały do porodu przeróżne pozycje. W większości były to pozycje nie ograniczające ruchomości kości krzyżowej (65,2%). Najczęściej przyjmowaną była kolankowo-łokciowa (24,6%). Niestety wśród pierwiastek największą popularnością cieszyła się pozycja półsiedząca (uniemożliwiająca ruch kości krzyżowej). W następnej kolejności była to pozycja kolankowo-łokciowa (19,1%).

Liczne badania wykazują pozytywny wpływ przyjmowania pozycji wertykalnych na odsetek *episiotomii*, obrażeń krocza i konieczności jego chirurgicznego zaopatrzenia [87-91]. Przyjmowanie pozycji wertykalnych jest utrudnione w przypadku porodów szpitalnych, gdzie częściej zdarza się amniotomia, podaż oxytocyny, kontrola dobrostanu płodu czy stosowanie farmakologicznych środków łagodzenia bólu porodowego. Wszystkie te czynności uniemożliwiają spontaniczną i swobodną zmianę pozycji ciała [81]. W kilku badaniach stwierdzono, że kiedy rodząca ma możliwość przyjęcia dowolnej pozycji skraca się czas porodu, rzadziej stosowana jest stymulacja farmakologiczna, w sposób spontaniczny i naturalny zmniejszają się odczucia bólowe, co pozwala na większą motywację do samodzielnego ukończenia porodu [92-95].

W badaniach Gizzo i wsp. [79] wykazano, że pozycje wertykalne są pomocne w korygowaniu nieprawidłowego wstawiania się główki płodu w kanał rodny i redukują ilość zabiegowych interwencji w czasie trwania porodu. Golarz i wsp. [96] sugerują, że unieruchomienie kobiety podczas porodu może prowadzić do zwiększenia częstości występowania dystocji barkowej. W konsekwencji rośnie liczba stosowanych interwencji medycznych.

W pozycjach wertykalnych znacząco maleje odsetek znieczuleń farmakologicznych [79]. Współcześnie wiodące znieczulenie zewnątrzoponowe jest uznane za bezpieczną i efektywną procedurę [97, 98] ale jest to czynnik powodujący hipomobilizację rodzącej, co nieznacznie wydłuża czas trwania porodu [99].

Wykazano także istotny związek pomiędzy poszczególnymi pozycjami przyjmowanymi do porodu a obrażeniami krocza. Badania wykazują, że pozycja litotomiczna do porodu koreluje ze wzrostem ryzyka uszkodzenia krocza III stopnia, zwłaszcza u wieloródek. Rzadziej stosowana do porodu pozycja siedząca i kuczna również nieznacznie ryzyko to podnoszą. Natomiast u pierwiastek pozycja siedząca pozytywnie wpływa na ochronę krocza [100]. Niezależnie od liczby przebytych porodów, poród w pozycji litotomicznej odznacza się większym odsetkiem urazu krocza III stopnia. Należy jednak

zaznaczyć, że do wzrostu tego odsetka przyczynia się również kilka innych czynników, wśród których najistotniejsze znaczenie odgrywa: duża masa urodzeniowa dziecka, duży obwód główki noworodka, nieprawidłowe wstawianie się główki w kanał rodny, podaż oksytocyny oraz przedłużająca się II faza porodu. Te zmienne tłumaczą istotną korelację porodu w pozycji litotomicznej z urazami krocza III stopnia [101-103]. Prawdopodobną przyczyną związku pomiędzy porodem w pozycji litotomicznej a urazami krocza III stopnia może być wzrost ciśnienia w okolicy krocza i obniżenie zdolności kobiety do zmiany rytmu i tempa parcia [101]. Wcześniej odnotowano też znaczne ryzyko urazu krocza III stopnia pośród wieloródek przyjmujących pozycję kuczną w II okresie porodu [102]. W niektórych badaniach pozycja siedząca i kuczna były zakwalifikowane do jednej kategorii [104].

W badaniach prowadzonych przez Elvander i wsp. [100] stanowiły one odrębne kategorie. Rodzące w pozycji kucznej były bardziej pochylone do przodu niż przyjmujące pozycję siedzącą, która sprzyjała odchyłaniu się do tyłu i oparciu się o siedzącego za nimi partnera. Badania jednoznacznie wykazały korelację pozycji siedzącej ze wzrostem częstości urazów krocza III stopnia.

Odnotowano również związek pomiędzy urazem krocza II stopnia a porodem w pozycji siedzącej [105]. Można przypuszczać, że zarówno pozycja siedząca jak i kuczna w przypadku wieloródek znacząco przyspieszają II okres porodu. W połączeniu z utrudnionymi okolicznościami ochrony krocza przez położną może to prowadzić do zwiększenia ryzyka wystąpienia urazu. Podtrzymywanie rodzącej się główki dziecka w celu spowolnienia jej wytaczania się z kanału rodnego i podpieranie krocza znacząco wpływają na zmniejszenie ryzyka wystąpienia tak poważnych urazów [106].

Badania w zakresie obrażeń krocza prowadzone w krajach nordyckich wykazują znaczne różnice [107]. Hipotetyczną przyczyną tego stanu mogą być różnice w technice przyjmowania porodu i/lub częstości stosowania *episiotomii*, której odsetek u pierwiastek w Szwecji wynosi mniej niż 8%, podczas gdy w Norwegii i Finlandii odpowiednio 23% i 65% [106, 108].

Zróźnicowanie odsetka urazów krocza III stopnia i *episiotomii* potwierdzają liczne badania, które dostarczają także dowodów świadczących o pozytywnych efektach opieki okołoporodowej i niskim odsetku interwencji medycznych u kobiet, które zdecydowały się na poród poza szpitalem [109-111].

Edqvist i wsp. [78] analizując odsetek urazów krocza III stopnia i *episiotomii* nie wykazali znaczących różnic pomiędzy 4 krajami nordyckimi (Szwecja, Norwegia, Dania i Islandia) (2,3% - 4,2%) co potwierdzają także inni autorzy [112-114].

Określenie odsetka urazów krocza III stopnia, który miałyby świadczyć o wysokiej jakości opieki jest problematyczne i dyskusyjne. Niski odsetek jest wynikiem efektywnych działań mających na celu ochronę krocza w II okresie porodu. Ustalenie go na poziomie od 1,0% do 3,9% wydaje się być celem realnym do osiągnięcia w przypadku porodów szpitalnych, niewiadomą jednak pozostaje zakres tych wartości dla porodów pozaszpitalnych [115].

Stedenfeldt i wsp. [116] zwrócili uwagę, że znaczny spadek odsetka uszkodzeń krocza III stopnia nastąpił w wyniku wdrożenia programu edukacyjnego dla położnych i położników. Ostatnie doniesienia podkreślają fizyczne i psychologiczne korzyści dla kobiet rodzących płynące z przyjmowania z własnej woli pozycji pionowej podczas porodu [117] z jednoczesnym zaznaczeniem, że na ten ostateczny wybór pozycji ma wpływ wiele czynników. Poszczególne pozycje pojawiają się częściej w niektórych miejscach odbywania porodu, jak na przykład szpital, centra narodzin czy domy rodzinne [76, 118]. Podobnie jak preferencje położnych przyjmujących poród czy uwarunkowania kulturowe, które mogą mieć znaczący wpływ na przyjmowane podczas porodu pozycje [105, 117, 119].

Nie jest możliwe zbadanie wpływu położnych na wybór pozycji, ale ich różnorodność w tym jak i wielu innych badaniach sugeruje, że rodzące mają dużą dowolność w tym zakresie. Pozycje umożliwiające swobodny ruch kości krzyżowej związane są ze zmniejszoną liczbą *episiotomii*. Zgodnie z wiedzą i literaturą [120] położne uczone są wykonywania nacięcia krocza w pozycji litotomicznej lub półsiedzącej. Jeżeli położna widzi potrzebę nacięcia krocza, prosi rodzącą o zmianę pozycji na taką, w której kość krzyżowa zostaje całkowicie unieruchomiona. Analizując pozycje, przy wyborze których doszło do *episiotomii* około 30% kobiet rodzi w pozycji innej niż półsiedząca lub horyzontalna [78].

Dahlen i wsp. [76] wykazali, że 24% kobiet rodzących w warunkach domowych urodziło dziecko bez najmniejszych obrażeń krocza. Nacięcie krocza wykonano jedynie w 2% przypadków. Obrażenia I stopnia odnotowano u 16% rodzących a II stopnia aż u 39%. Podobne dane w zakresie odsetka nacięć krocza (2,1%) prezentują Johnson i wsp. [77].

W badaniu Warmink-Perdijk i wsp. [121] wzięło udział 1196 rodzących. Autorzy ci stwierdzili, że kobiety, które rodziły w pozycji siedzącej miały niższy odsetek nacięć krocza.

Natomiast liczba kobiet, które rodziły w pozycji horyzontalnej lub dowolnej wertykalnej, które nie doznały żadnych obrażeń krocza była zbliżona.

Edqvist i wsp. [78] nie znaleźli istotnego związku między pozycjami wertykalnymi a obrażeniami krocza. W przeprowadzonych badaniach stwierdzili, że obrażeń krocza podczas porodu doznało ogółem 42,6% rodzących. Wśród pierwiastek odsetek ten był znacznie wyższy niż w przypadku wieloródek i wynosił odpowiednio: 65,3 i 37,1%. Odsetek nacięć krocza wynosił 1%. Podobnie jak w przypadku pozostałych obrażeń krocza, większa ich liczba przypada na pierwiastki w porównaniu z wieloródkami i wynosi odpowiednio: 2,3 i 0,3%. W badaniach własnych uzyskano wyniki podobne.

Obawy dotyczące porodu w pozycjach wertykalnych i związanego z tym zwiększonego ryzyka obrażeń krocza oraz krwawienia poporodowego poruszano już wcześniej [94, 122-124]. W Holandii, gdzie stołki porodowe są powszechnie stosowane, liczba obrażeń krocza jest podobna do tej, która występuje w przypadku stosowania innych pozycji [122]. Ostatnie badania przeprowadzone w Szwecji nie wykazały korelacji pozycji siedzącej z większą liczbą obrażeń krocza [94]. Możliwe, że technika stosowania stołka porodowego w Australii różni się od stosowanych w innych krajach. Australijskie położne mają zwyczaj wykorzystywania stołka porodowego w przypadku przedłużającego się II okresu porodu. Usadzając na nim rodzącą mają na celu zwiększenie nacisku na krocze [76]. Natomiast z ostatnich badań przeprowadzonych w Szwecji dowiadujemy się, że czas spędzony na stołku porodowym przekraczający pół godziny zwiększa ryzyko obrażeń krocza [94].

Z badań australijskich wynika, że kobiety rodzące na stołku porodowym miały największe ryzyko zwiększonego krwawienia poporodowego [76]. Wyniki te potwierdzają również metaanalizy przeprowadzone w 2017 roku przez Gupta i wsp. [105]. W powyższych badaniach stwierdzono znaczący wzrost (o ponad 500 ml) szacowanej utraty krwi w przypadku porodów w pozycji pionowej. Inna analiza podobnych danych wykazała znaczący wzrost utraty krwi jedynie w przypadku porodu w pozycji siedzącej a w półsiedzącej utratę porównywalną do utraty krwi u kobiet, u których wystąpiły obrażenia krocza [122]. Wzrost ciśnienia w obrębie krocza związany z pionową pozycją rodzącej jest najbardziej prawdopodobną przyczyną wzrostu szacowanej objętości utraconej krwi. Szwedzkie badania donoszą, że w porównaniu z innymi przyjmowanymi przez rodzącą

pozycjami, wzrost szacowanej utraty krwi nie przekroczył 1000 ml w przypadku pozycji siedzącej [94].

Istotnym dla wielu badanych aspektów porodu, obok pozycji wertykalnych, jest również decyzja dotycząca możliwości porodu w wodzie. Kobiety, które odbyły poród w wodzie charakteryzuje niższy odsetek krwawień poporodowych niż kobiety rodzące w pozycji siedzącej na stołku porodowym, a ich noworodki uzyskują wyższą punktację w skali Apgar. Pomimo, że położnicy są o wiele bardziej skłonni do aktywnego prowadzenia III okresu porodu w przeciwieństwie do położnych (61 vs. 36%) nie stwierdzono różnic w występowaniu zwiększonego krwawienia poporodowego wśród kobiet, które były pod opieką lekarzy [76].

Edqvist i wsp. [78] analizując 2992 porody w warunkach domowych w krajach skandynawskich wykazali znaczne zróżnicowanie. Ogólnie poród w wodzie odbyło 31,8% rodzących, w tym od 48,1% na Islandii do 6,6% w Szwecji. Według Dahlen i wsp. [76] 13% kobiet urodziło w wodzie. W badaniach własnych około 12% kobiet zdecydowało się na poród w wodzie. Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy sposobem porodu a częstością występowania obrażeń krocza. Tym niemniej, wśród kobiet rodzących sposobem tradycyjnym zaobserwowano tendencję do częstszego występowania innych obrażeń krocza niż pęknięcie i/lub nacięcia w porównaniu do kobiet rodzących w wodzie.

W badaniach Dahlen i wsp. [76] porodową utratę krwi mniejszą niż 500 ml stwierdzono u 89% rodzących w wodzie. Bardzo trudno jest dokonać prawidłowej oceny utraty krwi, zwłaszcza w przypadku, kiedy odbywa się on w wodzie. Jest to jedna z głównych przyczyn jej niedoszacowania.

Ocena bezpieczeństwa porodów domowych nie powinna ograniczać się jedynie do aspektów związanych z matką. Drugą niezwykle ważną stroną jest noworodek i ocena jego dobrostanu. Najbardziej zaskakującym odkryciem w badaniach australijskich była znacznie wyższa liczba przyznawanych punktów Apgar dzieciom urodzonym w wodzie w porównaniu do urodzonych w pozycji półsiedzącej [76]. Analiza punktacji Apgar po porodzie w pozycji horyzontalnej w odniesieniu do innych pozycji przyjmowanych w II okresie porodu nie wykazała różnic w punktacji noworodka, jego czynności serca i konieczności podejmowania działań resuscytacyjnych [125]. Gupta i wsp. [105] również nie wykazali związku między przyjmowaną do porodu pozycją a stanem urodzeniowym noworodka.

Jednym z najważniejszych kryteriów dających rzeczywisty obraz bezpieczeństwa porodów domowych jest analiza transferów z domu do szpitala. Najbardziej ogólnym podziałem przyczyn transferów jest podział na przyczyny matczyne i noworodkowe. Istotne jest również czy transfer nastąpił w przebiegu porodu czy po porodzie oraz czy był to transfer ratujący życie czy też podyktowany potrzebą pogłębienia diagnostyki matki lub noworodka. Współczesne metaanalizy potwierdzają, że odsetek transferów z domu do szpitala podczas i po planowanym porodzie domowym waha się od 9,9 do 31,9% w krajach Europy zachodniej. U pierwiastek wartości te sięgają od 23,4 do 45,4%, natomiast u wieloródek ich zakres wynosi od 5,8 do 12,0% [126]. Odsetek transferów z domu do szpitala był wyższy w przypadku kobiet, których poród domowy był integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Mniejszy natomiast był u rodzących w domu pod opieką niezależnych położnych. Sytuacja ta jest prawdopodobnie spowodowana tym, że w pierwszej badanej grupie znajdowało się więcej pierwiastek niż w grupie rodzących z niezależnymi położnymi. Trudno jest to oszacować z uwagi na niekompletne dane dotyczące liczby porodów. Proporcja pierwiastek do wieloródek w badaniu ma duży wpływ na odsetek transferów, ponieważ to pierwiastki są znacznie częściej transferowane niż wieloródki [126].

Inną przyczyną zróżnicowania w zakresie odsetka transferów może być różnica w ustaleniach dotyczących kwalifikacji rodzącej do transferu. W przypadku całego systemu opieki zdrowotnej wytyczne te są bardziej restrykcyjne i nie ma tam miejsca na indywidualną ocenę ryzyka, na którą z kolei mogą sobie pozwolić położne prowadzące porody domowe. Dodatkową zaletą, w przypadku przyjmowania porodu domowego przez położne, które nie są częścią systemu opieki zdrowotnej jest to, że ciężarne mogą zdobyć więcej informacji na temat porodu domowego. Kobiety wybierające poród domowy są wyselekcjonowaną i zmotywowaną grupą w związku z czym zmniejsza się prawdopodobieństwo transferu w przebiegu porodu. Ocena odsetka transferów, jaki powinien zapewnić opiekę na najwyższym poziomie jest trudna. Szacunek ten nie jest niezbędnym wskaźnikiem jakości opieki czy też potencjalnym wyznacznikiem niekorzystnych jej efektów. Jednak niski odsetek transferów z domu do szpitala może doprowadzić do wzrostu umieralności okołoporodowej lub poważnych stanów zagrożenia życia, których można byłoby uniknąć. Zbyt wysoki może natomiast prowadzić do zbędnych interwencji medycznych i obniżenia satysfakcji kobiety rodzącej.

Johnson i wsp. [77] przeanalizowali 185 transferów, które w przeprowadzonych badaniach stanowiły jedynie 3,4% wszystkich porodów domowych. Większość odbyła się z przyczyn matczynych. Z powodu zagrożenia zdrowia lub życia noworodka odbyło się jedynie 25, co stanowi zaledwie 0,5%. Najczęstszą przyczyną transferów rodzącej był krwotok, niekompletne odklejenie się łożyska oraz przedłużający się I i/lub II okres porodu. Główną przyczyną transferów noworodka były jego problemy z oddychaniem. Liczba interwencji medycznych podczas porodów domowych była znacznie mniejsza niż w przypadku porodów niskiego ryzyka, które odbywały się w szpitalach.

Badania przeprowadzone na terenie Kolumbii Brytyjskiej wykazały wyższy odsetek transferów z powodu zagrożenia życia płodu [127]. Natomiast z badań przeprowadzonych w Toronto wynika, że nieliczne noworodki wymagały transferu do szpitala. Odnotowano także pojedyncze ich zgony. Nie zarejestrowano zgonu żadnej rodzącej. Pośród 1001 porodów domowych poddanych analizie 361 kobiet rodziło po raz pierwszy. W domu urodziło 245 z nich (68%), 116 (32%) zostało transferowanych do szpitala z powodu powikłań porodowych lub ze względu na stan zdrowia dziecka. Kolejnych 640 kobiet uczestniczących w badaniu to wieloródki, z których 591 (92%) urodziło w domu a tylko 49 (8%) wymagało transferu do szpitala. Spośród transferowanych kobiet, 91 urodziło drogami i siłami natury w szpitalu, w 34 przypadkach odbył się poród zabiegowy (z użyciem kleszczy) i 35 porodów zakończono cięciem cesarskim. Najczęstszymi przyczynami transferów rodzących do szpitala, zarówno w przypadku pierwiastek jak i wieloródek, był przedłużający się I i II okres porodu oraz brak postępu porodu po odpłynięciu płynu owodniowego [128].

W analizowanym okresie w Polsce odbyły się 94 transfery, co stanowi 16% wszystkich porodów w warunkach domowych i nie odbiega to od średnich wartości europejskich. Ponad 30% spośród wszystkich odnotowanych transferów miało miejsce w województwie mazowieckim. W zdecydowanej większości transferu wymagały pierwiastki. Większość transferów miała miejsce w przebiegu porodu. Nie odnotowano zgonów zarówno matek jak i noworodków.

VI. WNIOSKI

1. W Polsce na poród w domu decydują się najczęściej kobiety w wieku około 31 lat, z wykształceniem wyższym, wieloródki.
2. W badaniach wykazano, że pozycje wertykalne jak również poród w wodzie mają istotny wpływ na skrócenie czasu trwania I i II okresu porodu.
3. Wśród kobiet rodzących w pozycji horyzontalnej występuje tendencja do częstszego profilaktycznego nacięcia krocza oraz większej liczby jego obrażeń.
4. Łącznie w analizowanym okresie w Polsce transferu do szpitala wymagało 16% rodzących w warunkach domowych i w większości wymagały go pierwiastki.
5. U kobiet rodzących w warunkach domowych na Podlasiu w porównaniu do pozostałych województw wykazano istotne statystycznie różnice w długości trwania ciąży, objętości utraconej po porodzie krwi oraz długości ciała noworodków.
6. Nie odnotowano zgonów zarówno matek jak i noworodków, co świadczy o profesjonalnej i odpowiedzianej opiece położniczej sprawowanej nad rodzącą w warunkach domowych.

VIII. PIŚMIENNICTWO

1. Royal College of Midwives 2001. <http://www.rcm.org.uk> [pobrano 16.09.2016]
2. Spiby H, Munro J. (eds.) Evidence Based Midwifery: Applications in Context. Wiley-Blackwell 2009.
3. Lay MM, Dixon K. Minnesota Direct-Entry Midwives: Achieving Legislative Success through Focusing on Families, Safety and Women's Rights [In] Meinstreaming Midwives The Politics of change. Davis-Floyd R, Johnson CB (eds.) Routledge 2006, s. 261-288.
4. Marland H, Rafferty A. Midwives, Society, and Childbirth: Debates and Controversies in Modern Period. 11 New Fetter Lane, London, Routledge, 1997.
5. Towler L, Bramall J. Midwives in History and Society. London, Sydney: Croom Helm. 1986.
6. Englemann G. Labour Among Primitive Peoples. JH Chambers. St. Louis. USA. 1882.
7. Graham H. Eternal Eve. Hutchinson, London 1960.
8. Ehenreich B, English D. Witches, Midwives and Nurses-A History of Women Healers. The Feminist Press 2010.
9. Allen JP. The Art of Medicine in Ancient Egypt. The Metropolitan Museum of Art. New York Yale University Press, New Haven and London 2005.
10. Holmes B, Kitterman PG. Medicine in Ancient Egypt. The Hieratic Maternal. Anent-Clinic Press 1914.
11. Nunn J. Ancient Egyptian Medicine. University of Oklahoma Press 1996.
12. O'Dwod MJ, Philipp EE. The History of Obstetrics and Gynaecology. Parthenon Publishing Group 1994.
13. Blickstein I, Gurewitsch ED. Biblical twins. Obstet Gynecol. 1998 Apr;91(4):632-4.
14. Liu YC. Position during labor and delivery: history and perspective. J Nurse Midwifery. 1979 May-Jun;24(3):23-6.
15. Loose JG. The red tent: A novel about biblical mothers, midwifery and children. Infant Observation 2003;6(3):88-95.
16. Zadok S. Pioneers of Faith. http://www.chabad.org/theJewishWoman/article_cdo/aid/461823/jewish/Midwives.htm. [pobrano 18.12.2016]

17. Louros N, Kairis NM. Some aspects of midwifery in Greece. *Br Med J*. 1951 Jul;14;2(4723):110-1.
18. Lay MM. *The Rhetoric of Midwifery: Gender, Knowledge and Power*. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London 2000.
19. Grant T, Carter S. *Women in Medicine: A Celebration of Their Work*. Firefly Books Ltd. 2004.
20. Parker HM. Women Doctors in Greece, Rome, and the Byzantine Empire [in] *Women Physicians and Healers: Climbing a Long Hill*. Furst LF (ed.) University Press of Kentucky, 1997, s. 50-130.
21. Forbes TR. *The Midwife and the Witch*. Yale University Press, 1966.
22. Evenden D. *The Midwives of Seventeenth-Century London*. Cambridge University Press 2000.
23. Kontoyannis M, Katsetos C. Midwives in early modern Europe (1400-1800). *Health Sci J*. 2011;5(1):31-36.
24. Stern CA. Midwives, male-midwives, and nurse-midwives. An epitome of relationships and roles. *Obstet Gynecol*. 1972 Feb;39(2):308-11.
25. Cassidy T. *Birth: The Surprising History of How We Are Born*. Atlantic Monthly Press 2007.
26. Kelly J, Watson R. An integrative review of the literature on the teaching of the history of nursing in pre-registration adult nursing education in the UK. *Nurse Educ Today*. 2015 Feb;35(2):360-5.
27. O'Brien B. *Birth on the Land: Memories of Inuit Elders and Traditional Midwives*. Nunavut Arctic College 2014.
28. Cutter IS, Viets HR. *A short history of midwifery*. Philadelphia, Saunders, 1964.
29. Hiestand WC. *The development of nurse-midwifery education in the Continental United States to 1965*. Columbia University Teachers College, 1977.
30. Plummer K. From nursing outposts to contemporary midwifery in 20th century Canada. *J Midwifery Womens Health*. 2000 Mar-Apr;45(2):169-75.
31. MacDorman MF, Singh GK. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Community Health*. 1998 May;52(5):310-7.
32. Relyea MJ. The rebirth of midwifery in Canada: an historical perspective. *Midwifery*. 1992 Dec;8(4):159-69.

33. Ternovszky v. Hungary, no. 67545/09, European Court of Human Rights (ECHR) 2010-XII. hudoc.echr.coe.int/webservices/content/pdf/001-102254 [pobrano 19.12.2016].
34. Nowicki MA. Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 2010. Wolters Kluwer SA 2011, s.153-206.
35. WHO, Safe Motherhood. Care in Normal Birth: A Practical Guide, 1996. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/. [pobrano 11.07.2016]
36. Act no. CLIV 2009, amendment section 247 (1) Health Care Act 1997. [gws_rd=ssl#q=Act+no.+CLIV+2009,+amendment+section+247+\(1\)+Health+Care+Act+1997&spf=1497283236457](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/immunisation/vaccines-and-vaccination-programmes/immunisation-policy/immunisation-legislation/act-no-cliv-2009-amendment-section-247-1-health-care-act-1997). [pobrano 23.11.2016]
37. Murphy M. Five years later. <http://budapesttimes.hu/2015/10/23/five-years-later/>. [pobrano 11.07.2016]
38. Hodgson R. Two-year prison term for homebirth advocate Ágnes Geréb, The Budapest Times, 29 March 2011, www.budapesttimes.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=17191&Itemid=27. [pobrano 17.07.2016]
39. Hill A. Hungary: Midwife Ágnes Geréb taken to court championing homebirths, The Guardian, 22 October 2010. www.guardian.co.uk/world/2010/oct/22/hungary-midwife-agnes-gereb-home-birth?INTCMP=SRCH. [pobrano 15.07.2016]
40. Associated Press. Hungarian homebirths champion sentenced to two years in prison, The Guardian, 25 March 2011. www.guardian.co.uk/world/2011/mar/25/midwife-agnes-gereb-home-births-jailed?INTCMP=SRCH. [pobrano 17.07.2016]
41. Hungary around the clock. 2011. Cabinet approves decree legalizing homebirths. www.caboodle.hu/nc/news/news_archive/single_page/article/11/cabinet_appr-1/. [pobrano 17.07.2016]
42. MTI. 2011 President Schmitt rejects homebirth midwife's clemency plea. www.caboodle.hu/nc/news/news_archive/single_page/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=9170. [pobrano 17.09.2016]
43. <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/vision-mission/>. [pobrano 22.08.2016]

44. Pretty v. United Kingdom, no. 2346/02, §62, European Court of Human Rights ECHR 2002-III. <http://www.unionedirittiumani.it/wp-content/uploads/2012/07/CASE-OF-PRETTY-v.-THE-UNITED-KINGDOM.pdf> [pobrano 25.08.2016]
45. Evans v. United Kingdom (GC), no. 6339/05, §71, European Court of Human Rights ECHR 2007-IV.<http://hudoc.echr.coe.int/tkp197/view.asp?action=html&documentId=815166&portal=hbkm&sourc>. [pobrano 25.08.2016]
46. Wrześniewska M, Bąk B. Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Medyczne* 2012;27(3):89-99.
47. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Volumed, Wrocław 2000.
48. Słomko Z, Waszyński E. Rozwój ginekologii od empirii do nauki. [w] *Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Słomko Z (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 21-48.
49. Bręborowicz GH, Gadzinowski J, Pięt M. Zasady organizacji opieki w czasie ciąży, porodu i porożu w Polsce. [w] *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*. Bręborowicz GH (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s.17-24.
50. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córkami Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. *Położna Nauka i Praktyka*. 2012;4:46-50.
51. Słosorz T. Samodzielność zawodowa położnych. *Położna Nauka i Praktyka*. 2009;3(7):50-54.
52. Matuszewska E. Zarys historii zawodu położnej do XX wieku. *Pielęgniarka i Położna* 1988;3:18-19.
53. Adamski J. Rozwój położnictwa w Polsce. *Pielęgniarka i Położna* 1961; 3: 15.
54. Stawiak-Ososińska M. Kształcenie położnych w Warszawie w latach 1833-1862 (w świetle aktualnych badań). [w] *Nauka i oświata a społeczności lokalne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Caban W (red.), Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2003, s.63-72.
55. Stawiak-Ososińska M. Udział państw zaborczych w tworzeniu pierwszych szkół dla akuszerki na ziemiach polskich na przełomie XVIII i XIX wieku. [w] *Państwo a edukacja*. Kochanowicz J, Tokarz T (red.) Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008, s. 133-140.
56. Filar Z. Szkic historyczny początków położnictwa (III). *Położna* 1952;1:7-9.

57. Dz.U. 1928, nr 34, poz. 316. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o położnych. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19280340316>. [pobrano 10.10.2016]
58. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 roku zawierające instrukcje dla położnych. Monitor Polski 1929;185:1-2. monitorpolski.gov.pl/M1948050028501.pdf [pobrano 10.10.2016]
59. Kassner E. Historia izb porodowych w Polsce. Sukces zawodu położnej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007;5:40-42.
60. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1038; Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741038>. [pobrano 10.10.2016]
61. Dz.U. 1996 nr 91 poz. 410; Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19960910410>. [pobrano 10.10.2016]
62. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. 8. o zawodach pielęgniarki i położnej. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039>. [pobrano 10.10.2016]
63. Dz.U. z 2014 poz. 1435 USTAWA z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej <http://prawo.lego.pl/prawo/ustawa-z-dnia-15-lipca-2011-r-o-zawodach-piellegniarki-i-polozonej/> [pobrano 10.10.2016]
64. Widomska-Czekajska T, Górajek-Jóźwik J. Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, s.465.
65. <http://www.dobrzeurodzeni.pl/>. [pobrano 10.10.2016]
66. <http://www.dobrzeurodzeni.pl/statut.html>. [pobrano 10.10.2016]
67. <http://www.dobrzeurodzeni.pl/cele.html>. [pobrano 10.10.2016]
68. <http://www.dobrzeurodzeni.pl/kwalifikacje-do-porodu-domowego.html>. [pobrano 10.10.2016]
69. <http://www.dobrzeurodzeni.pl/wyszukiwarka.html>. [pobrano 10.10.2016]
70. Dz. Ust. RP, poz. 2069, Warszawa, 8 grudnia 2015r. <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/2069>. [pobrano 10.10.2016]
71. Schneider D. Planned out-of-hospital births, New Jersey, 1978-1980. Soc Sci Med. 1986;23(10):1011-5.

72. Soderstrom B, Stewart PJ, Kaitell C, Chamberlain M. Interest in alternative birthplaces among women in Ottawa-Carleton. *CMAJ*. 1990 May 1;142(9):963-9.
73. Cunningham JD. Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Soc Sci Med*. 1993 Feb;36(4):475-83.
74. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. *BMJ*. 1996 Nov 23;313(7068):1302-6.
75. Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TL. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 2013 Nov;29(11):e107-14. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
76. Dahlen HG, Dowling H, Tracy M, Schmied V, Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*. 2013 Jul;29(7):759-64.
77. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005 Jun 18;330(7505):1416.
78. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir OÁ, Hildingsson I, Ingversen K, Mollberg M, Lindgren H. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jul 29;16(1):196. doi: 10.1186/s12884-016-0990-0.
79. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*. 2014;2014:638093. doi: 10.1155/2014/638093.
80. Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000 Oct;92(2):273-7.
81. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010 Mar-Apr;35(2):72-8.
82. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD001063.

83. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
84. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
85. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Aug;84(8):794-8.
86. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):553-8.
87. Walker C, Rodríguez T, Herranz A, Espinosa JA, Sánchez E, Espuña-Pons M. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *Int Urogynecol J.* 2012 Sep;23(9):1249-56.
88. Simkin P. Supportive care during labor: a guide for busy nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Nov-Dec;31(6):721-32.
89. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, Mistiaen W. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth.* 2012 Jun;39(2):115-20.
90. De Jonge A, Van Diem MT, Scheepers PL, Buitendijk SE, Lagro-Janssen AL. Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *Int J Clin Pract.* 2010 Apr;64(5):611-8.
91. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Mar 7;13:59. doi: 10.1186/1471-2393-13-59.
92. Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC. Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery.* 2011 Dec;27(6):825-31.
93. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, Khairi H, Hidar S. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2010 Dec;39(8):656-62.

94. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Mar 24;11:22. doi: 10.1186/1471-2393-11-22.
95. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: moving back to basics. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1997 Nov-Dec;26(6):727-34.
96. Golar M, Plaat F, Shennan AH. Upright versus recumbent position in the second stage of labour in women with combined spinal-epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2002 Jan;11(1):19-22.
97. Gizzo S, Noventa M, Fagherazzi S, Lamparelli L, Ancona E, Di Gangi S, Saccardi C, D'Antona D, Nardelli GB. Update on best available options in obstetrics anaesthesia: perinatal outcomes, side effects and maternal satisfaction. Fifteen years systematic literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Jul;290(1):21-34.
98. Gizzo S, Di Gangi S, Saccardi C, Patrelli TS, Paccagnella G, Sansone L, Barbara F, D'Antona D, Nardelli GB. Epidural analgesia during labor: impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012 Aug;7:262-8. doi: 10.1089/bfm.2011.0099.
99. Simkin P. The fetal occiput posterior position: state of the science and a new perspective. *Birth*. 2010 Mar;37(1):61-71.
100. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 9;15:252. doi: 10.1186/s12884-015-0689-7.
101. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, Teaf D. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*. 1996 Jul-Aug;41(4):269-76.
102. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*. 2007 Oct;114(10):1266-72.
103. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth*. 2005 Sep;32(3):164-9.

104. Haslinger C, Burkhardt T, Stoiber B, Zimmermann R, Schäffer L. Position at birth as an important factor for the occurrence of anal sphincter tears: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2015 Nov;43(6):715-20.
105. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 25;5:CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
106. Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L, Staff AC. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ Open*. 2012 Oct 17;2(5). pii: e001649. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001649.
107. Laine K, Gissler M, Pirhonen J. Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Sep;146(1):71-5.
108. Raisanen SH, Vehvilainen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1365–72.
109. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):751-9.
110. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M, Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011 Nov 23;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
111. Homer CS, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JJ, Foureur MJ, Sibbritt D, McLachlan HL, Forster DA, Dahlen HG. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jun 14;14:206. doi: 10.1186/1471-2393-14-206.
112. Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable?—large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(1):94-100.

113. National Board of health and Welfare. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2014. (National data from the Swedish Birth register - annual report 1973-2014), vol. 2016. Welfare NBoha; 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-27>. [pobrano 07.02.2017]
114. Bjarnadottir RG, Smáráson AK, Pálsson GI. Faedingarskráningunni fyrir árid 2013. (Report from the Icelandic Birth Registry for 2013), vol. 2016. National Hospital of Iceland R; 2013. http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegarskrar/Gagnasafn/Rit-ogskyrslur/Faedingaskraningar/faedingarskraning_skyrsla_2013.pdf. [pobrano 07.02.2017]
115. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J*. 2014 Dec;25(12):1621-7.
116. Stedenfeldt M, Oian P, Gissler M, Blix E, Pirhonen J. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG*. 2014 Jan;121(1):83-91.
117. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*. 2012 Sep;25(3):100-6
118. Cortes E, Basra R, Kelleher CJ. Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Mar;155(1):27-30.
119. De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004 Mar;25(1):47-55.
120. Downe S, Marshall J. Physiology and care during the transition and second stage phases of labour. [In] Marshall J, Raynor E, Maureen D, (eds.) *Myles textbook for midwives*. 16th ed. Edinburgh, U.K., Churchill Livingstone 2014, s. 367-393.
121. Warmink-Perdijk WD, Koelewijn JM, de Jonge A, van Diem MT, Lagro-Janssen AL. Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*. 2016 Mar;34:1-6. doi: 10.1016/j.midw.2016.01.010.

122. de Jonge A, van Diem MT, Scheepers PL, van der Pal-de Bruin KM, Lagro-Janssen AL. Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG*. 2007 Mar;114(3):349-55.
123. Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Mar;80(3):229-34.
124. Waldenström U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth*. 1991 Mar;18(1):5-10.
125. de Jonge A, Teunissen DA, van Diem MT, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *J Adv Nurs*. 2008 Aug;63(4):347-56.
126. Blix E, Kumle M, Kjærgaard H, Øian P, Lindgren HE. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 29;14:179. doi: 10.1186/1471-2393-14-179.
127. Janssen PA, Lee SK, Ryan ER, Saxell L. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*. 2003 Mar-Apr;48(2):138-45.
128. Tyson H. Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto, 1983-1988. *Birth*. 1991 Mar;18(1):14-9.

ISBN 978-83-68268-50-8